

ПРЕЗЕНТАЦИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНОЙ ЛЕКЦИИ

НА ТЕМУ «ДЕМЕНЦИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ»

ПРЕДМЕТ: «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В НЕВРОЛОГИИ»

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: СОКОЛОВА Д.К.

ПО ОКОНЧАНИИ ЛЕКЦИИ СТУДЕНТ ДОЛЖЕН:

1. Иметь представление о деменции и классификации когнитивных расстройств, основных клинических проявлениях, методах диагностики.
2. Знать и понимать этапы развития деменции.
3. Иметь элементарное представление о принципах лечения.

КЛАССИФИКАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ:

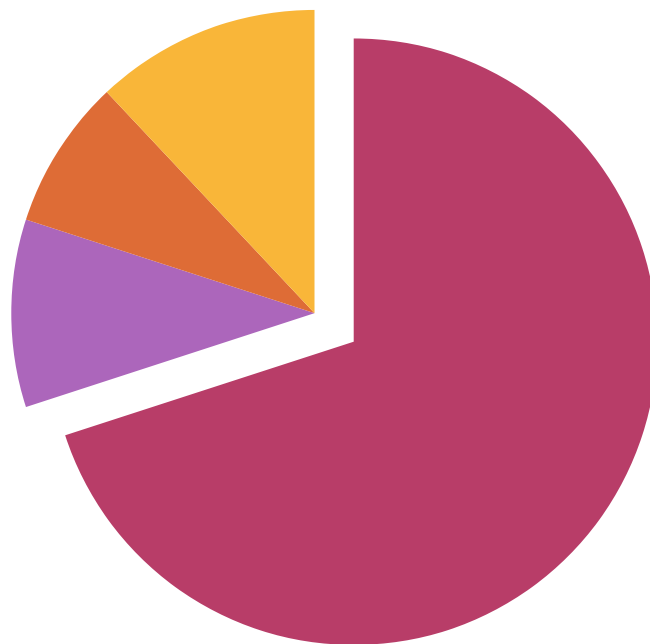
- ***Легкие когнитивные расстройства (ЛКР)*** - нарушения одной или нескольких когнитивных функций, которые формально остаются в пределах среднестатистической возрастной нормы или отклоняются от нее незначительно. ЛКР не оказывают какого-либо влияния на повседневную активность, но представляют собой снижение когнитивных способностей по сравнению с индивидуальной нормой.
- ***Умеренные когнитивные расстройства (УКР)*** - это нарушения в одной или нескольких когнитивных сферах, выходящие за рамки возрастной нормы, не приводящие к утрате независимости и самостоятельности в повседневной жизни, но вызывающие затруднения при осуществлении сложных видов деятельности, приобретении новых навыков и обучении.

- ***Под тяжелыми когнитивными расстройствами (ТКР)*** понимают стойкие или преходящие нарушения КФ различной этиологии, которые выражены столь существенно, что в значительной степени препятствуют или делают невозможным осуществление бытовой, профессиональной и социальной деятельности. К ним относятся *деменция, делирий, депрессивная псевдодеменция*, а также *выраженные в значительной степени монофункциональные нарушения* (т. е. *изолированная амнезия, афазия, апраксия или агнозия*).

ДЕМЕНЦИЯ (ЛАТ. DEMENTIA - БЕЗУМИЕ) -

- - приобретенная форма слабоумия, которая связана с ослаблением интеллектуальных способностей, эмоциональным обеднением, затруднением использования прошлого опыта.
- ***Деменция характеризуется увяданием, обеднением ранее признаваемого нормальным состояния психических процессов,*** при этом возможны нарушения гнозиса, праксиса, речи, памяти, эмоционального реагирования, мотиваций, когнитивных функций, социального поведения и пр.

- Б. Альцгеймера
- Нормотензивная гидроцефалия
- Сосудистая деменция
- Другие виды



ВАРИАНТЫ ДЕМЕНЦИИ:

- **Частичная деменция (дисмнестическое слабоумие)** - наиболее частый и характерный клинический тип деменции. Проявляется прежде всего прогрессирующим снижением внимания, памяти, остальные интеллектуальные функции при этом обычно страдают вторично и в меньшей степени. Больные сохраняют способность к суждениям, критичны к своему состоянию. Им трудно усваивать новую для них информацию, но ранее усвоенные сведения, особенно профессиональные, могут быть сохранены. Больные стремятся избегать ситуаций, в которых проявляется неполноценность их интеллектуально-мнестических возможностей.

- **Тотальная деменция** характеризуется стойким, генерализованным снижением интеллектуально-мнестических функций, потерей способности к последовательным, адекватным суждениям, отсутствием критики к своему состоянию, проявляется тяжелыми когнитивными расстройствами, нарушением высших психических функций. Больной в таких случаях несостоятелен, непредсказуем в своих действиях, зачастую неспособен к самообслуживанию и нуждается в уходе. Примером может служить сенильная деменция или деменция при прогрессивном параличе (паралитическая деменция).

- Кортиковая деменция – преимущественное поражение коры больших полушарий головного мозга. Такой тип наиболее характерен для болезни Альцгеймера, алкогольной деменции, болезни Пика.
- Подкорковая деменция. При такого рода патологиях в первую очередь поражаются подкорковые структуры, что обуславливает неврологическую симптоматику. Типичный пример – болезнь Паркинсона.
- Кортиково-подкорковая деменция – смешанный тип поражения, характерный для патологии, вызванной сосудистыми нарушениями.
- Мультифокальная деменция – патология, характеризующаяся множественными очагами поражений во всех отделах центральной нервной системы. Неуклонно прогрессирующая деменция сопровождается выраженной и разнообразной неврологической симптоматикой.

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ -

- - следствие сосудисто-мозговой патологии, чаще обусловленной церебральным атеросклерозом, гипертонической болезнью или их сочетанием, возникающей на этом фоне дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) и ОНМК. В дебюте сосудистой деменции на первый план выступают симптомы дисфункции глубинных структур мозга: общая замедленность темпа мышления, значительная задержка включения и переключения мыслительных процессов, истощаемость, инертность, сужением объема запоминания и нарушением воспроизведения усвоенной раньше нужной информации. Вместе с тем возможны нарушения высшей нервной деятельности, в частности дефекты речи, трудности пространственного анализа и синтеза, абстрактного мышления.

ФОРМЫ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

- **Амнестическая форма**, при которой преобладает расстройство памяти - прежде всего фиксационная амнезия, амнестическая дезориентировка, конфабуляции, т.е., по сути, состояние, подобное корсаковскому синдрому различной степени выраженности.
- **Псевдопаралитическая форма** - имеет сходство с деменцией при прогрессивном параличе, но отличается меньшей степенью психического распада, при этом характерны беспечность, тупая эйфория, логорея, дурашливое возбуждение, расторможенность влечения. Этот вариант деменции возможен у людей среднего возраста, чаще при злокачественном течении гипертонической болезни.

- ***Псевдотуморозная сосудистая деменция*** сопровождается адинамией, снижением двигательной и речевой активности, трудностью фиксации и осмысливания происходящего; такой вариант деменции чаще проявляется на фоне внутричерепной гипертензии при тяжелых формах гипертонической энцефалопатии.
- ***Сенильноподобная деменция*** наблюдается, если у больного преобладает диффузное атеросклеротическое поражение мозга. Клиническая картина характеризуется тотальной деменцией, обусловленной главным образом развитием в мозге дегенеративных процессов.
- ***Мультиинфарктная деменция*** - состояние после повторных ОНМК на фоне дисциркуляторной энцефалопатии. Характерна прогрессирующая выраженность деменции в сочетании с расстройствами речи и других высших психических функций, псевдобульбарным синдромом, пирамидными и подкорковыми расстройствами.

ДЕМЕНЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА -

- Это первичная дегенеративная деменция, сопровождающаяся неуклонным прогрессирующим нарушением памяти, интеллектуальной деятельности и др. высших корковых функций и приводящая к тотальному слабоумию. Начинается, как правило, после 65 лет.
- Наблюдается мнестико-интеллектуальное снижение: забывчивость, затруднение в определении времени, ухудшение социальной, в том числе профессиональной, деятельности; нарастают явления фиксационной амнезии, нарушения ориентировки во времени и месте; нейропсихологические симптомы, в том числе афазия, апраксия, агнозия. Эмоционально-личностные нарушения: эгоцентризм, субдепрессивные реакции на собственную несостоятельность, бредовые расстройства. Интересы больных крайне ограничены, нужна постоянная поддержка, уход; не справляются с профессиональными обязанностями.

НОРМОТЕНЗИВНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ (НТГ)

- – синдром, характеризующийся сочетанием деменции, нарушения ходьбы и недержания мочи при выраженном расширении желудочковой системы и нормальном давлении цереброспинальной жидкости. Первенство описания НТГ как самостоятельного заболевания принадлежит S.Nakim и R.D.Adams, которые в 1965 г. опубликовали статью о «гидроцефалии с нормальным давлением ликвора». Позже этот клинический симптомокомплекс получил название триады Хакима - Адамса.

ЭТИОЛОГИЯ НТГ:

- Нетравматические субарахноидальные кровоизлияния;
- Идиопатическая нормотензивная гидроцефалия (дебют чаще всего у мужчин в возрасте от 50 лет);
- Опухоли головного мозга;
- Черепно-мозговая травма;
- Аномалии ЦНС ;
 - Последствия нейроинфекции;
- Субарахноидальное кровоизлияние (САК), как травматическое, так и спонтанное, обусловленное сосудистой патологией;
- Острая или хроническая недостаточность кровообращения и ишемия мозга, которая развивается на почве атеросклероза, различного рода васкулитов, диабетической ангиопатии или гиалиноза сосудов мозга.

- **Нормотензивная гидроцефалия** обычно наблюдается у взрослых, а не в педиатрической практике. При этой форме гидроцефалии **ликворное давление не повышено**. Это состояние возникает при неполном блоке путей резорбции ликвора, что позволяет ликворному давлению **удерживаться в физиологических пределах**. Со временем перерастяжение нервных волокон может привести к прогрессирующему истончению белого вещества мозга.

- **Когнитивные нарушения** проявляются снижением памяти, замедлением скорости психических процессов и психомоторных реакций, апатией, что связано с дисфункцией передних отделов головного мозга и характерно для так называемой субкортикальной деменции.
- Для НТГ характерно наличие аспонтанности, благодушия, дезориентированности, больше во времени, чем в месте. Больные не могут изложить историю своего заболевания, у некоторых возможно развитие галлюцинаций, мании, делирия, депрессии.

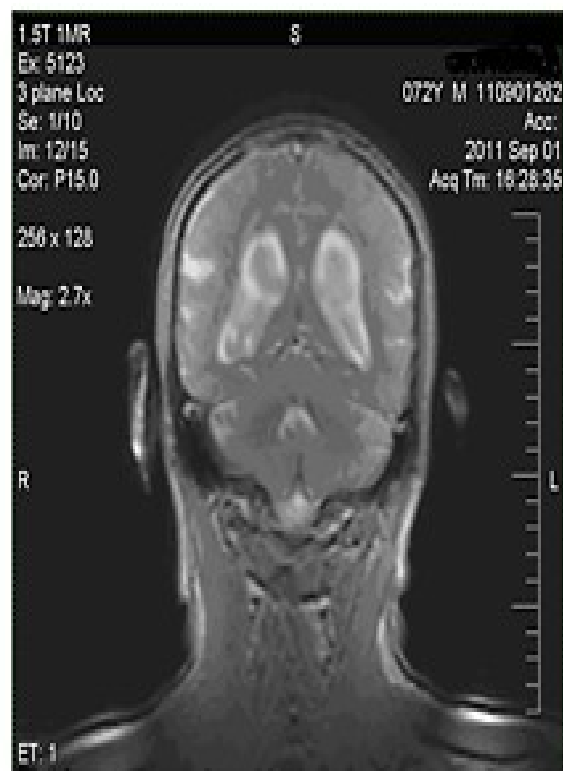
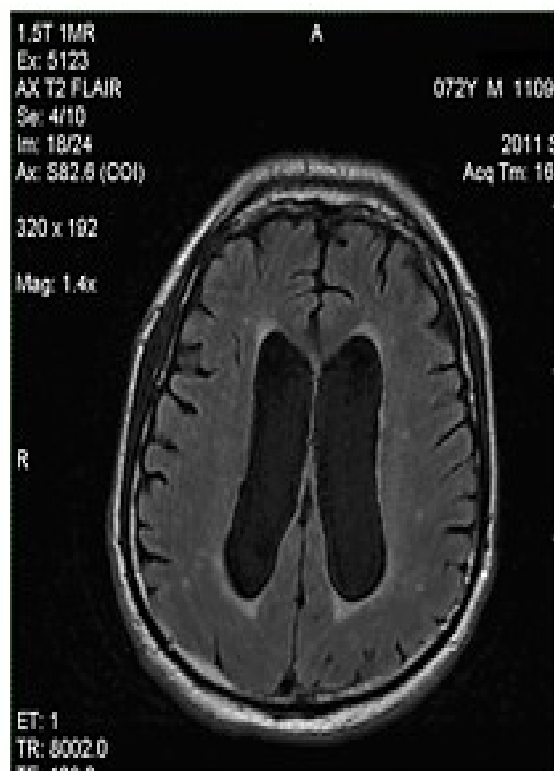
- Пациенты предъявляют жалобы на учащенное мочеиспускание и никтурию. В дальнейшем присоединяются императивные позывы и недержание мочи. Больные перестают осознавать позывы к мочеиспусканию и индифферентно относятся к факту непроизвольного мочеиспускания, что характерно для лобного типа тазовых расстройств.
- Возможно частичное восстановление контроля за тазовыми органами после эвакуации 40-60 мл ликвора.

- При НТГ могут отмечаться также *постуральный тремор*, своеобразный *акинетико-ригидный синдром*, характеризующийся феноменом «застывания», отсутствием ахейрокинеза, паратоническая ригидность в аксиальных мышцах и в мышцах конечностей, *псевдобульбарный и пирамидный синдромы*.

ДИАГНОСТИКА:

- Методы нейровизуализации (КТ или МРТ головного мозга): позволяют выявить расширение боковых желудочков, особенно передних рогов, при отсутствии или минимально выраженной корковой атрофии. При НТГ особенно значительно расширены III желудочек, височные и фронтальные рога боковых желудочков, что приводит к появлению характерной формы желудочковой системы в виде «бабочки» на аксиальных срезах. Расширение передних рогов боковых желудочков достигает 30 % и более от диаметра черепа.
- Размеры желудочков одинаково отображаются как на КТ, так и на МРТ головного мозга, и методы оценки расширения желудочковой системы одинаковы. Однако на МРТ лучше визуализируются перивентрикулярные изменения, характерные для НТГ.

*МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПАЦИЕНТА С НТГ: РАСШИРЕНИЕ
ЖЕЛУДОЧКОВ МОЗГА, НАРУЖНЫХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ
ПРОСТРАНСТВ, ЗОНЫ ЛЕЙКОАРЕОЗА ВОКРУГ РОГОВ БОКОВЫХ
ЖЕЛУДОЧКОВ МОЗГА*



ЛЕЧЕНИЕ НТГ:

- Различают консервативное и хирургическое лечение. Одним из консервативных методов лечения является применение диакарба и дигоксина с целью уменьшения продукции цереброспинальной жидкости. Однако до настоящего времени не было получено достоверных данных об эффективности указанной терапии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НТГ СВОДИТСЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ.

- По данным различных авторов, хирургическое лечение оказывается эффективным в 1/3-3/4 случаях. Наиболее вероятен положительный эффект шунтирования в тех случаях, когда клиническая картина НТГ развивается в течение первых месяцев после провоцирующего фактора, имеется улучшение после выведения большого количества ЦСЖ при люмбальной пункции, а по данным нейрорадиологического исследования, выявляется выраженный вентрикулярный ликвороток.

- **Прогноз** зависит от причины, своевременности постановки диагноза и адекватности лечения, а также от наличия сопутствующих заболеваний. До какой степени нормализация внутричерепного давления после шунтирования повлияет на восстановление мозговых функций, предсказать невозможно. Хотя следует отметить, что многие пациенты почти полностью восстанавливают качество жизни после этой операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. Топическая диагностика заболеваний нервной системы., 8-е издание, исп. доп. - СПб.: Политехника, 2012. - 623 с.
- Е.И. Гусев и др. Нервные болезни. -М.: «Медицина», 1988.- 640 с.
- О.Л. Задворнова, М.Х. Турьянова. Справочник медицинской сестры. -М.: ООО «Издательство Новая волна», 1998. -448 с.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

