

# ОГЛАВЛЕНИЕ

---

Участники издания.....	6
Список сокращений и условных обозначений.....	9
<b>Глава 1. Деменция F0.....</b>	<b>11</b>
Деменция при болезни Альцгеймера F00.....	11
Сосудистая деменция F01.....	22
<b>Глава 2. Шизофрения F20.....</b>	<b>27</b>
<b>Глава 3. Шизотипическое расстройство F21.....</b>	<b>33</b>
<b>Глава 4. Расстройства аутистического спектра F84.....</b>	<b>40</b>
<b>Глава 5. Шизоаффективное расстройство F25.....</b>	<b>50</b>
<b>Глава 6. Биполярное аффективное расстройство F31.....</b>	<b>60</b>
<b>Глава 7. Депрессивный эпизод F32. Рекуррентное депрессивное расстройство F33.....</b>	<b>70</b>
<b>Глава 8. Терапевтически резистентные депрессии.....</b>	<b>78</b>
<b>Глава 9. Органические аффективные расстройства у больных эпилепсией.....</b>	<b>84</b>
<b>Глава 10. Паническое расстройство F41.....</b>	<b>90</b>
<b>Глава 11. Генерализованное тревожное расстройство F41.1.....</b>	<b>105</b>
<b>Глава 12. Обсессивно-компульсивное расстройство F42.....</b>	<b>116</b>
<b>Глава 13. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации F43.....</b>	<b>127</b>
<b>Глава 14. Соматоформные расстройства F45.....</b>	<b>135</b>
<b>Глава 15. Расстройства пищевого поведения F50.....</b>	<b>148</b>
<b>Глава 16. Расстройства зрелой личности (психопатии) F6.....</b>	<b>158</b>
<b>Глава 17. Химические аддикции или расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ F1.....</b>	<b>172</b>
<b>Глава 18. Особенности психофармакотерапии при беременности.....</b>	<b>217</b>
<b>Глава 19. Психиатрический осмотр взрослых.....</b>	<b>226</b>
Список литературы.....	231

## ДЕМЕНЦИЯ FO

Деменция — нейропсихопатологический синдром, в структуре которого лежит длительное (более 6 мес) клинически значимое когнитивное снижение, обуславливающее социально-бытовую дезадаптацию и утрату привычного функционирования различной степени тяжести.

Порядка 50 млн человек во всем мире страдают деменцией, при этом около 60% людей с деменцией проживают в странах с низким и средним уровнем дохода. Ежегодно регистрируется приблизительно 10 млн новых случаев. Ожидается, что общее число людей с деменцией достигнет 82 млн в 2030 г. и 152 млн в 2050 г.

Общей для всех типов деменции является классификация по степени тяжести.

<b>Легкая</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Объективно выявляемые нарушения памяти на текущие события, трудности в хронологической, а также в географической ориентировке.</li><li>• Трудности мыслительных операций.</li><li>• Сохраняется способность к самообслуживанию и независимому проживанию.</li><li>• Психопатоподобное заострение личностных черт</li></ul>
<b>Умеренная</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Выраженные расстройства памяти, амнестический синдром с дезориентировкой.</li><li>• Нарушения высших корковых функций — дисмнезии, парамнезии, дисфазии, диспраксии и дисгнозии.</li><li>• Доступна только простая рутинная работа, необходима помощь в самообслуживании</li></ul>
<b>Тяжелая</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Тотальная деменция с глубоким распадом памяти, полной фиксационной амнезией и амнестической дезориентировкой.</li><li>• Полная утрата социально-бытовых навыков и способности к самообслуживанию</li></ul>

## ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА FO0

Болезнь Альцгеймера (БА) — наиболее распространенная форма первичных дегенеративных деменций, которая характеризуется постепенным малозаметным началом в пресенильном или старческом возрасте, неуклонным прогрессированием расстройств памяти и высших корковых функций вплоть до тотального распада интеллекта и психической деятельности в целом, а также характерным комплексом нейропатологических (некогнитивных) признаков.

На БА приходится 60–70% всех деменций. Наиболее часто встречается спорадический вариант БА (sporadic Alzheimer’s disease) с началом в 60–65 лет, однако в 1–2% встречается ранняя (наследственная) форма БА (familial Alzheimer’s disease), симптомы которой проявляются уже в 40–50-летнем возрасте. Продолжительность БА в среднем составляет 8–10 лет, но встречается и более длительное, затяжное (до 20 лет) или катастрофическое от (2 до 4 лет) течение. У женщин БА встречается чаще, особенно после 75 лет.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ПО МКБ (СООТВЕТСТВУЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ)

МКБ-10	МКБ-11
<p>F00.0* Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом.</p> <p>F00.1* Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом.</p> <p>F00.2* Деменция при болезни Альцгеймера атипичная или смешанного типа.</p> <p>F00.9* Деменция при болезни Альцгеймера неуточненная</p>	<p>6D80.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом.</p> <p>6D80.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом.</p> <p>6D80.2 Деменция при болезни Альцгеймера, смешанный с цереброваскулярной болезнью тип.</p> <p>6D80.2 Деменция при болезни Альцгеймера, смешанный тип в связи с другой этиологией.</p> <p>6D80.Z Деменция при болезни Альцгеймера, начало неизвестно или не определено</p>
<p><b>Дополнительные симптомы</b> деменции кодируются второй цифрой после точки (универсально для всех деменций).</p> <p>F0x.x0 Без дополнительных симптомов.</p> <p>F0x.x1 Другие симптомы, преимущественно бредовые.</p> <p>F0x.x2 Другие симптомы, преимущественно галлюцинаторные.</p> <p>F0x.x3 Другие симптомы, преимущественно депрессивные.</p> <p>F0x.x4 Другие смешанные симптомы</p>	<p><b>Дополнительные симптомы</b> деменции кодируются дополнительными кодами, универсальными для всех деменций.</p> <p>6D86.0 Деменция с психотическими симптомами.</p> <p>6D86.1 Деменция с аффективными симптомами.</p> <p>6D86.2 Деменция с тревожными симптомами.</p> <p>6D86.3 Деменция с апатией.</p> <p>6D86.4 Деменция с агитацией или агрессией.</p> <p>6D86.5 Деменция с расторможенностью.</p> <p>6D86.6 Деменция с нецеленаправленным блужданием.</p> <p>6D86.Y Другие уточненные поведенческие или психические нарушения при деменции.</p> <p>6D86.Z Другие неуточненные поведенческие или психические нарушения при деменции</p>
<p><b>Степень тяжести</b> деменции не кодируется отдельно, может указываться в диагнозе письменно</p>	<p><b>Степень тяжести</b> деменции кодируется согласно общепринятым правилам МКБ-11:</p> <p>XS5W легкой степени;</p> <p>XS0T умеренной степени;</p> <p>XS25 тяжелой степени</p>

## ПРИМЕР ДИАГНОЗА

- Деменция при БА с ранним началом, умеренной степени с галлюцинаторными симптомами.  
МКБ-10: F00.01.  
МКБ-11: 6D80.0, XS0T/6D86.0.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДЕМЕНЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА



## Генетические предикторы развития болезни Альцгеймера, амилоидный каскад, кальциевая дисрегуляция



## ФАКТОРЫ РИСКА БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Модифицируемые	Немодифицируемые
<ul style="list-style-type: none"><li>• Артериальная гипертензия.</li><li>• Курение.</li><li>• Ожирение.</li><li>• Гиподинамия.</li><li>• Гиперхолестеринемия.</li><li>• Гипергомоцистеинемия.</li><li>• Сахарный диабет (СД) 2-го типа.</li><li>• Повышенная свертываемость крови.</li><li>• Низкий когнитивный резерв.</li><li>• Отсутствие активной когнитивной деятельности.</li><li>• Социальная изоляция</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Генные полиморфизмы.</li><li>• Раса/национальность.</li><li>• Наследственность по сопутствующим заболеваниям.</li><li>• Возраст</li></ul>



## ДИАГНОСТИКА

Критерий диагностики	Комментарий
Наличие синдрома деменции	Клинически значимое когнитивное снижение по сравнению с исходным уровнем
Нарушение функционирования	Когнитивные нарушения ограничивают самостоятельность и активность пациента в социальной и профессиональной сферах. Не связано с другими состояниями
Характер когнитивных нарушений (требуется наличие минимум двух пунктов)	А. Нарушение способности получать и запоминать новую информацию. Б. Нарушение рассуждения и решения сложных задач (в том числе управление финансами, планирование). В. Зрительно-пространственные нарушения (агнозия, проблемы при одевании, использовании техники, проблемы с ориентацией в пространстве). Г. Нарушения разговорной речи, чтения, письма. Д. Изменения личности или поведения

Диагноз БА исключается в следующих случаях.

1. Когнитивный дефицит связан с сопутствующим цереброваскулярным заболеванием, перенесенным инсультом, множественным или крупноочаговым поражением белого вещества головного мозга.

2. Выявленные симптомы соответствуют деменции с тельцами Леви.
3. Имеются выраженные нарушения поведения (симптомы фронтотемпоральной деменции).
4. Выявленные симптомы соответствуют семантической деменции или аграмматическому варианту первично прогрессирующей афазии.
5. Симптомы деменции вызваны другим неврологическим, психическим заболеванием или применением лекарственных средств.

## ФИЗИКАЛЬНОЕ, ЛАБОРАТОРНОЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ



## ПРИНЦИПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ



Оценка состояния при сборе анамнеза может производиться с опорой на **клиническую рейтинговую шкалу деменции (Clinical Dementia Rating scale — CDR, Morris 1993; Morris J.C., 1993)**, позволяющую соотнести впечатления от общения с больным с формулировками, предложенными авторами шкалы для описания функций *памяти, ориентировки, мышления, взаимодействия с окружающими, поведения дома, самообслуживания*, и составить предварительное представление о степени тяжести его состояния.

**Клиническая рейтинговая шкала деменции**



### I. СКРИНИНГ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА

Поскольку ни один инструмент не был идентифицирован как лучший для этой цели (Cordell C.V. et al., 2013), методиками выбора могут быть следующие.

**1. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE; Folstein M.F. et al., 1975)** — одна из самых используемых и известных скрининговых шкал, разработана как инструмент для диагностики и определения степени деменции. Когнитивные нарушения, не достигающие стадии деменции (легкие или умеренные когнитивные нарушения), в большинстве случаев не выявляются при тестировании MMSE.

**Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE)**



**Примечание.** Когнитивные нарушения, не достигающие стадии деменции (легкие или умеренные когнитивные нарушения), в большинстве случаев не выявляются при тестировании MMSE. Также данная шкала не содержит проб на регуляторные функции, которые были бы чувствительны к дисфункции передних (лобных) отделов головного мозга, поэтому обладает низкой чувствительностью к когнитивным расстройствам лобного типа. Для этой цели подойдет **батарея тестов для оценки лобной дисфункции** [The Frontal Assessment Battery (FAB) — Dubois B. et al., 2000].

#### **Батарея тестов для оценки лобной дисфункции (The Frontal Assessment Battery, FAB)**



**2. Тест «рисование часов» (Clock Drawing Test, CDT; Ploenes C. et al., 1994)** — пациенту предлагается нарисовать на чистом листе круглые часы с цифрами на циферблате и указать на них стрелками заданное время (например, «десять минут двенадцатого»).

#### **Тест «рисование часов» (Clock Drawing Test, CDT)**



**3. Монреальская когнитивная шкала (Montreal Cognitive Assessment, MoCA; Nasreddine Z.S. et al., 2005)** разработана для быстрого скрининга мягких (умеренных) когнитивных нарушений. Она оценивает различные когнитивные функции: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственные функции, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Обследование пациента при помощи МОСА занимает приблизительно 10 мин.

#### **Монреальская когнитивная шкала (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)**



***NB!** На ранней стадии заболевания краткие нейропсихологические шкалы малочувствительны к легкому и умеренному когнитивному снижению, поэтому рекомендуется проведение расширенного нейропсихологического обследования (Ames D. et al., 2017).*

## **II. РАСШИРЕННОЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Расширенная нейропсихологическая диагностика когнитивных функций рекомендована как дополнительный метод психологического обследования. Выполняется при наличии жалоб или сведений о снижении когнитивных функций у пациента, не выявленных при скрининговом нейропсихологическом обследовании ввиду низкой чувствительности кратких шкал к легким и умеренным когнитивным нарушениям. Расширенная нейропсихологическая диагностика позволяет оценить структуру и степень когнитивного дефекта и проводится клиническим психологом.

Выполняется при наличии жалоб пациента или сведений о когнитивном снижении, не выявленных при скрининговом нейропсихологическом обследовании ввиду низкой чувствительности кратких шкал к легким и умеренным когнитивным нарушениям (Cordell C.B., 2013; Prado C.E., 2019; Folstein M.F., 1975).

#### Рекомендуемый инструментарий для оценки когнитивных функций

Когнитивная функция	Тесты
Гнозис	Копирование или рисование фигур, тесты рисования и «чтения» часов*, распознавание предметов, знакомых лиц, узнавание «зашумленных» или наложенных изображений
Праксис	Выполнение символических и упроченных действий, повторение поз и жестов, выполнение серии последовательных движений (кулак–ребро–ладонь)
Внимание	Серийный счет (100–7), называние месяцев года, дней недели в обратном порядке, повторение цифр в прямом или обратном порядке
Память	Заучивание слов, пересказ небольшого рассказа, запоминание предметов или рисунков с последующим свободным или направляемым воспроизведением и узнаванием
Речь	Импрессивная речь: понимание обращенной речи и инструкций. Экспрессивная речь: повторение слов, предложений, объяснение смысла слов, свободные и направленные ассоциации, называние предметов или показывание названных предметов
Регуляторные функции, включая мышление	Тест на фонетическую речевую активность, тесты на многоэтапные действия, батарея лобных тестов, нахождение обобщающего термина или различий между предметами, интерпретация пословиц (метафор)

\* Тест «рисование часов» оценивает также регуляторные функции.

Нейропсихологический метод дифференциальной диагностики используется в качестве дополнительного при оценке клинической картины и анамнеза пациента.



Также расширенное нейропсихологическое обследование структуры когнитивного дефекта позволит провести дифференциальную диагностику с другими нейродегенеративными нарушениями, такими как лобно-височная деменция



и деменция с тельцами Леви.



## ЛЕЧЕНИЕ

На додементных этапах цели лечения включают:

1. Коррекцию факторов риска.
2. Влияние на патогенез.
3. Влияние на симптомы.

На сегодняшний день нет ни одного препарата с доказанной эффективностью для лечения когнитивного снижения на додементных этапах. Назначение ингибиторов холинэстеразы и мемантина не замедляет переход от умеренного когнитивного снижения к деменции.

На этапе деменции цели лечения включают:

1. Влияние на симптомы.
2. Замедление утраты функций.

Лечение сопровождается множеством трудностей, главной из которых является сопутствующая патология, зачастую усложняющая картину нейродегенеративного заболевания (смешанные формы деменции) и ограничивающая терапевтические возможности. Любые вмешательства должны оцениваться и корректироваться с точки зрения рисков для сопутствующих заболеваний и возраста. Препараты для лечения некогнитивных симптомов следует начинать назначать с дозировок, в половину меньших, чем минимальная доза, указанная в инструкции.

### Основные терапевтические подходы

Когнитивное снижение	<p>Основой терапии является применение базисных средств для лечения деменции, к которым относятся два типа препаратов — <b>ингибиторы холинэстеразы (ИХЭ)</b> и антагонист рецепторов N-метил-D-аспартата (NMDAR) <b>мемантин</b>.</p>  <p>Рекомендуемая <b>комбинация</b> при легкой и умеренной деменции — галантамин + донепезил,</p>   <p>при умеренной и тяжелой деменции — донепезил + мемантин</p>  
----------------------	---