

ЕЛЕНА ГЕННАДЬЕВНА АНТОНЕН

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры неврологии и психиатрии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)
aanto@onego.ru

МАРК МИХАЙЛОВЧ БУРКИН

доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и психиатрии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)
burkin@onego.ru

ИГОРЬ ВИКТОРОВИЧ ХЯНИКЯЙНЕН

кандидат медицинских наук, психиатр-нарколог Медико-санитарной части, УФСБ России по Республике Карелия (Петрозаводск, Российская Федерация)
hanikainen@yandex.ru

МИХАИЛ НИКОЛАЕВИЧ КОРОБКОВ

кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и психиатрии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)
korobkov@karelia.ru

ПСИХОПАТОЛОГИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ОБЗОР)*

На основе анализа отечественных и зарубежных источников за последнее десятилетие и интерпретации результатов собственных исследований представлены современные воззрения на психические нарушения сосудистого генеза, усовершенствована их систематизация; подробно изучены психопатологические проявления при различных формах сосудистых заболеваний головного мозга, рассмотрены актуальные вопросы лечения, профилактики и организации помощи больным. С позиций биопсихосоциального подхода к пониманию сущности мультифакториальных заболеваний (в частности, цереброваскулярных расстройств) анализ сосудистых психических нарушений представляет клинический интерес для широкого круга специалистов (врачей общей практики, неврологов, психиатров, медицинских психологов).

Ключевые слова: психические нарушения, сосудистые заболевания головного мозга, экзогенно-органические и эндоформные психические расстройства

ВВЕДЕНИЕ

Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (СЗГМ) – группа патологических состояний, развивающихся вследствие нарушений мозгового кровообращения различной этиологии и патогенеза. Сегодня существенно расширилась диагностическая база СЗГМ за счет внедрения в практику методов прижизненной нейровизуализации СЗГМ (компьютерная, магнитно-резонансная томография головного мозга) с учетом стадийности их развития [15; 78], что позволяет качественно и количественно оценивать не только клиническую картину СЗГМ [11], но и структурные (генетико-патоморфологические) [12], гемодинамические (ультразвуковые) [21; 33] и метаболические (биохимические) [16; 7] нарушения в головном мозге. Это привело, с одной стороны, к выработке более строгих и четких критериев диагностики сосудистого мозгового процесса [11], а с другой – к значительному пересмотру подходов, принципов типологии и классифи-

кации психических нарушений при СЗГМ [13; 213]. Удельная частота психических нарушений при СЗГМ составляет, по данным различных авторов, от 22,9 [13; 214] до 74,3 % [18; 20], преимущественно за счет тревожно-депрессивных расстройств вследствие выраженной алекситимии и повышенной напряженности психологических защит. В свою очередь, психическая патология и тревожные расстройства являются факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний в целом [24]. Указанные обстоятельства определяют актуальность изучения психических нарушений сосудистого генеза, тем более что на современном этапе имеют место увеличение стрессогенной нагрузки неблагоприятных социально-экономических условий и ломка мировоззренческих стереотипов [7; 15], особенно в популяции лиц пожилого и старческого возраста.

Причинно-следственные связи между СЗГМ и нарушениями в психической сфере представляются сложными и неоднозначными. Даже при наличии явных симптомов сосудистого пораже-

ния головного мозга далеко не всегда имеются психические расстройства [13; 213]. Кроме того, корреляция психических нарушений с сосудистой патологией может иметь разную степень очевидности: от бесспорной (экзогенно-органические психические расстройства) до сомнительной (эндоформные психические нарушения) [13; 213]. Эти факты объясняются главным образом характером сосудистого поражения мозга (его локализацией, остротой, выраженностью) [11] и возможностью наличия у пациентов так называемых факторов сосудистого риска (артериальная гипертензия, атеросклероз) [19; 44], дегенеративных заболеваний мозга (болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и др.) [2], их сочетания [7; 20]. Важна роль и конституционально-генетических особенностей больного [10].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Различают 3 группы психических нарушений сосудистого генеза: экзогенно-органические психические расстройства (преходящие и стойкие), сосудистая деменция и эндоформные психические расстройства [26]. Целесообразно выделять психические нарушения при синдроме сосудистого паркинсонизма [5; 59] (смешанная корково-подкорковая сосудистая деменция) [20].

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Заболеваемость СЗГМ составляет 13,9 случая на 1000 взрослого населения с тенденцией к росту [23; 33]. Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения могут сопровождаться появлением различных по глубине и характеру психических отклонений [13; 213], однако в 80% случаев проявляются психическими расстройствами непсихотического характера [1], [4], [26]. В структуре общей органической патологии психические нарушения сосудистого генеза встречаются у 10,4% мужчин и 37,6% женщин [19; 44]. Психические расстройства на фоне СЗГМ могут развиваться в любом возрасте, однако их частота значительно возрастает в пожилом и старческом возрасте, составляя 28,1% всех случаев психической патологии у лиц старше 60 лет и около 40% – у лиц старше 74 лет (в амбулаторной практике) [17; 46].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинически экзогенно-органические психические расстройства протекают полиморфно.

Так, патогномоничными критериями *сосудистой спутанности сознания* являются: тревога и двигательное беспокойство, преимущественно в ночное время; кратковременность, повторяемость, рудиментарность, атипичность – в течении [10], наблюдается в 33–50% случаев ишемического и в 53–88% случаев геморрагического

инсульта, а также в 29% случаев транзиторных ишемических атак [26]. При состоянии спутанности, наряду с обнубиляцией, отмечаются: выраженная истощаемость и неустойчивость внимания, фрагментарность мышления, дезориентировка во времени и месте, порой с ложной ориентировкой, ослабление памяти [10]. Часто наблюдаются делириозные и онирические элементы [26]. Спутанность может протекать как на вяло апатическом или благодушно-эйфорическом эмоциональном фоне, так и сопровождаться страхом, тревогой с выраженным двигательным беспокойством. Состояние спутанности сознания может быть (особенно в старости) основным клиническим проявлением острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), чаще малого инсульта или лакунарного инфаркта при рудиментарной неврологической симптоматике, и является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о большой вероятности развития в последующем деменции или летального исхода при клинически значимом инсульте [10]. В генезе острой спутанности, возникающей при ОНМК, имеют значение угнетение функции холинергической системы, а также повышение уровня кортизола, связанные с ишемией мозга [30]. В редких случаях при ОНМК могут наблюдаться такие состояния, как синдром «запертого человека» [26], бодрствующая кома (апаллический синдром Е. Кречмера) [10], а также синдром Корсакова [26].

К стойким психическим состояниям при хронических формах СЗГМ относят астенические состояния и психоорганические расстройства. *Астения* – полиморфное психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, усталостью, эмоциональной лабильностью, снижением аппетита, памяти, внимания, физической выносливости, а также нарушениями сна и сексуальной функции [10]. В патогенезе астенических расстройств ведущую роль играют изменение активности ретикулярной формации (чаще снижение активирующих влияний) и дисфункция лимбико-ретикулярного комплекса [6]. Выделяют гиперстеническую и гипостеническую формы астении [10]. При гиперстенической форме астении (более легкой) в клинической картине заболевания преобладают симптомы раздражения (вспыльчивость, взрывчатость, нетерпеливость, чувство внутреннего напряжения, неспособность сдерживаться). При гипостенической форме астении (более тяжелой) среди астенических симптомов доминируют утомляемость и чувство бессилия – астенодинамическое состояние [26]. Астенические состояния развиваются либо на начальных этапах СЗГМ [1], либо после перенесенного ОНМК [22; 67]. Астения проявляется полиморфной психической, соматической и вегетативной дисфункцией и как состо-

яние психосоматической дезадаптации снижает устойчивость организма к патологическим экзогенным факторам, лежит в основе формирования различных заболеваний (например, СЗГМ), а в дальнейшем входит в структуру сложных синдромов в качестве «сквозной» симптоматики, ухудшающей качество жизни пациентов и прогноз течения болезни [10].

На долю *психоорганического синдрома* (ПОС; не достигающего степени деменции) сосудистого генеза приходится 25 % случаев психической патологии у лиц старше 60 лет в амбулаторно-поликлинической практике [10]. Установлено многообразие механизмов возникновения [17; 46], клинических проявлений [10], динамики течения и, как следствие, расходящихся представлений о типологии и систематизации ПОС [19; 44]. ПОС характеризуется триадой признаков (Вальтер-Бюзля): ослаблением памяти (преимущественно по типу гипомнезии, возможны конфабуляции и амнезии), снижением понимания, недержанием аффекта [26]. Наблюдается также снижение объема и концентрации внимания; страдает качество восприятия, ухудшается ориентировка в собственной личности и в пространстве; обеднены понятия и представления, нарушена оценка ситуации, своих возможностей при замедлении темпа мыслительных процессов, имеется склонность к персеверациям, застревание на деталях (торпидное мышление), нередко явления астении [10]. Выделяют астенический, эксплозивный, эйфорический, апатический варианты ПОС, которые часто являются стадиями развития синдрома, отражая различные глубину и объем поражения психической деятельности [10].

Диагноз не резко выраженных органических изменений психики сосудистого генеза ставится при наличии жалоб (общемозговой синдром), клинических (неврологических) признаков хронического нарушения мозгового кровообращения (хроническая ишемия мозга (ХИМ), рассеянная очаговая неврологическая симптоматика, нарушение высших мозговых функций), указаний в анамнезе на ОНМК (церебральный гипертонический криз, транзиторная ишемическая атака, инсульт) и на основании данных компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии головного мозга: очаги лейкоареоза (шириной до 10 мм (I ст.), 10–20 мм (II ст.), более 20 мм (III ст. хронической ишемии мозга); количество лакун (1–2; 3–5; более 5 – соответственно стадиям ХИМ) с прогрессирующим нарастанием атрофии головного мозга ($\leq 1/8 \geq 1/4$ объема полушарий), свидетельствующих о сосудистом поражении мозга [16; 4], с учетом возрастных норм [15; 79]. Наличие в анамнезе гипертонической болезни, заболеваний сердца, сахарного диабета нередко сопровождается подпороговыми (диагностика экспериментально-психологическими

методами) признаками мнестико-когнитивной недостаточности, которые могут частично редуцироваться при их коррекции [2].

Сосудистая деменция – стойкий синдром дефицита когнитивных функций, приводящий к социальной и бытовой дезадаптации, вызванный деструктивным поражением головного мозга в результате нарушения его кровоснабжения [2]. Во всех западноевропейских странах, за исключением скандинавских, сосудистая деменция по распространенности занимает второе место после болезни Альцгеймера, на ее долю приходится 10–25 % всех деменций [14], частота ее резко возрастает в возрасте 60–70 лет, преобладая у мужчин [20]. В России распространенность сосудистого слабоумия выше, чем болезни Альцгеймера, однако частота среди лиц старше 60 лет составляет всего около 5,4 % [7; 15]. Сосудистая деменция определяется наличием диагностических критериев [20]: 1) нарушение памяти (ослабление способности запоминать новую информацию или вспоминать ранее усвоенную); 2) одно или более из следующих когнитивных расстройств: афазия, апраксия, агнозия; 3) нарушение исполнительных функций (планирование, организация деятельности, последовательные действия, абстрагирование). Для пациентов с сосудистой деменцией характерна неравномерная выраженность нарушений отдельных когнитивных функций. Когнитивный дефицит приводит к значительным нарушениям социального или трудового функционирования, проявляясь существенным снижением уровня функционирования. У пациентов с сосудистой деменцией выявляется синдром очаговой неврологической симптоматики (псевдобульбарные расстройства, атаксия, спастические гемипарезы), изменения, характерные для СЗГМ, в показателях лабораторных и инструментальных методов исследования [20]. Выделяют несколько видов сосудистой деменции: лакунарную (подкорковую), мультиинфарктную с острым началом (вследствие стратегически локализованного инфаркта мозга) и энцефалопатию Бинсвангера [2], [20].

Высокая частота психических нарушений регистрируется при *сосудистом паркинсонизме* (СП), частота которого составляет 9,3 % случаев от общего числа больных паркинсонизмом, возрастающая у лиц пожилого возраста (54,2 %) [5; 56]. Среди популяции лиц, имеющих СЗГМ (мультиинфарктное поражение мозга (75 %), единичный инфаркт в проекции базальных ганглиев (17 %), геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния (8 %)), сосудистый паркинсонизм встречается в 2,5 % случаев [14]. Течение СП имеет преимущественно подострый характер (80,3 %), в неврологическом статусе преобладает акинетико-ригидный синдром

(92,9%) в сочетании с признаками поражения других отделов нервной системы (пирамидной, мозжечка, коры головного мозга и др.). Основные нарушения высших психических функций выявляются в блоках экспрессивной речи, понимания речи, зрительного гнозиса, праксиса (динамического), счета, схемы тела; отмечено значительное снижение памяти и внимания. Психопатологический статус больных СП характеризуется тоскливой, адинамической и тревожной депрессией (64,5%), высоким уровнем личностной тревожности (53,8%), наличием легких и умеренных когнитивных расстройств (43%) [5; 59].

Среди эндоформных психических расстройств выделяют сосудистые психозы и сосудистые депрессии [26]. *Острые и подострые сосудистые (постинсультные) бредовые психозы* (ОСБП) развиваются непосредственно после инсульта и продолжаются от нескольких часов до нескольких дней, имеют сходство с острыми параноидами [10]. Клиническое состояние при ОСБП лабильно, характеризуется выраженным аффектом страха, иллюзорно-бредовым восприятием окружающей обстановки как несущей угрозу больному, отмечаются элементы спутанности, усиливается или провоцируется попаданием больного в незнакомую обстановку.

Сосудистая депрессия – подтип депрессивного нарушения, для которого характерно: дебют в позднем возрасте (чаще после 65 лет на фоне симптомокомплекса, характерного для СЗГМ), психомоторная заторможенность, апатия, депрессивное мышление с чувством вины и идеями самоуничтожения, плохая исполнительная активность, когнитивная дисфункция из-за снижения скорости мыслительных процессов [22; 67]. По степени тяжести проявлений выделяют большую (9%), малую (82%), субсиндромальную (9%) постинсультную депрессию (ПД) [9; 30]. Предиктором развития ПД являются тяжелый неврологический дефицит и психические нарушения в анамнезе. После однократно перенесенного ОНМК в течение года ПД развивается у 34% пациентов (в первые сутки (50%), в острый (12%), ранний восстановительный (29%) и поздний восстановительный (9%) периоды ОНМК). Выделяют 3 клинические разновидности ПД: тревожную, апатическую, тоскливую [24]. Длительность ПД зависит от размера очага поражения головного мозга. Наличие ПД в 2 раза увеличивает смертность пациентов в постинсультном периоде [22; 67]. Причиной развития сосудистой депрессии при ХИМ является микроваскулярное поражение субкортикального слоя префронтальной коры головного мозга [28; 16], что проявляется гиперинтенсивностью белого вещества глубинных отделов полушарий и субкортикального серого

вещества в Т2-режиме при магнитно-резонансной томографии [29; 84], приводя к дисфункции корково-субкортикальных невральных кругов, регулирующих настроение. Наличие депрессии у пожилых больных с ХИМ ассоциируется с увеличением риска развития в последующем сосудистой деменции [27; 246].

Психопатологические проявления видоизменяются в зависимости от предиктора СЗГМ (соматоформная вегетативная дисфункция [6]; артериальная гипертензия [24]; церебральный атеросклероз [15]; атеросклеротический каротидный стеноз [2]; патологические извитости магистральных артерий головы [3]; экстракраниальные компрессии артерий при остеохондрозе шейного отдела позвоночника и краниовертебральных аномалиях [1]).

Синдромологические формы СЗГМ имеют определенные особенности *патопсихологических проявлений*. При инсультах локализация очага поражения в мозге определяет степень угнетения сознания и многообразие психических нарушений больных [11]. Больные с ОНМК плохо контролируют свои эмоции (патологическая плаксивость, эмоциональная лабильность или недержание, патологическая смешливость и псевдобульбарный аффект). Для начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения (инициальной стадии ХИМ) характерен лабильный церебрастенический синдром (общемозговые жалобы; в неврологическом статусе – признаки лабильности вегетативной нервной системы; легкие нейропсихологические и эмоциональные нарушения непсихотического уровня [1]). У больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ; клинически очерченная стадия ХИМ) первичны астенические явления в структуре психоорганического синдрома [10]. ДЭ ассоциируется в МКБ-10 с понятием «сосудистая деменция» [20]. Выделяют три степени тяжести ДЭ: 1-я степень – наличие очаговой рассеянной неврологической симптоматики, которая сочетается с легкими когнитивными нарушениями нейродинамического характера; 2-я степень – наличие выраженного неврологического синдрома, который сочетается с клинически явными когнитивными нарушениями, обычно умеренной степени; 3-я степень – сочетание нескольких неврологических и нейропсихологических синдромов, свидетельствующих о многоочаговом поражении головного мозга, когнитивные нарушения достигают степени деменции [16; 7]. По мере прогрессирования ДЭ количество жалоб пациентов значительно уменьшается, что обусловлено снижением критики больных к своему состоянию (жалуются в основном на неустойчивость при ходьбе, шум и тяжесть в голове, нарушение сна). Возрастает выраженность социальной дезадаптации.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Одно из ведущих мест в терапии и профилактике психических расстройств при СЗГМ занимает лечение причины заболевания и вызванных им гемодинамических нарушений. На кафедре неврологии и психиатрии медицинского факультета ПетрГУ разработаны алгоритмы диспансерного наблюдения и комплексной реабилитации пациентов с СЗГМ с учетом этиопатогенетической мишени [1], пациентов с сосудистой деменцией [2]. Они включают назначение широкого спектра патогенетических средств (нейротрансмиттеры, нейрометаболиты, препараты нейротрофического и нейропротекторного действия, антигипоксанта, вазоактивные, сосудорасширяющие, ноотропы) для улучшения церебральной гемоперфузии, препараты, необходимые для купирования сосудистых психических и когнитивных нарушений (нейротрансмиттеры, антипсихотики, антидепрессанты, транквилизаторы). В клинической практике при СЗГМ используются методы психотерапевтической коррекции негативных эмоциональных переживаний: БОС-терапия, когнитивная терапия Бека, клинический гипноз [8]. Большая часть психических нарушений при СЗГМ (астенические состояния, неглубокие деменции, субдепрессии) лечатся амбулаторно (психиатрами, неврологами). Стационарному лечению подлежат больные со спутанностью, бредовыми психозами (психосоматические и геронтопсихиатрические отделения

больниц). Вопросы трудовой и судебной экспертизы решаются индивидуально [7; 20].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возрастание интереса к проблеме взаимосвязи психопатологических расстройств и сосудистых заболеваний головного мозга связано с их широкой распространенностью, социальной значимостью, неблагоприятным влиянием на трудоспособность и высокой степенью коморбидности. Независимо от того, страдал больной психопатологическими расстройствами до развития СЗГМ или они развились вторично как реакция личности на соматическое заболевание, психические нарушения значительно отягощают течение заболевания.

В настоящее время улучшились возможности диагностики СЗГМ благодаря современным методам нейровизуализации. Это позволяет по-новому взглянуть на важную проблему когнитивных и эмоциональных нарушений при СЗГМ в плане коррекции психических нарушений в комплексных программах медико-психологической реабилитации и лечения. Активная пропаганда знаний о причинах развития СЗГМ (школы, публичные лекции, выступления в средствах массовой информации и др.) [1], плановое диспансерное наблюдение и своевременно проводимое профилактическое лечение достоверно улучшают состояние пациентов и предотвращают прогрессирование заболевания.

* Работа выполнена при поддержке Программы стратегического развития ПетрГУ в рамках реализации комплекса мероприятий по развитию научно-исследовательской деятельности на 2012–2016 гг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонен Е. Г., Хяникяйнен И. В. Актуальные вопросы диагностики и лечения начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2011. 172 с.
2. Буркин М. М., Теревников В. А. Деменции позднего возраста. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2004. 144 с.
3. Буркин М. М., Кузьмина А. П. Клинико-психологическая характеристика пациентов с патологической извитостью внутренних сонных артерий // Материалы конференции по вопросам клинической общей, детской и судебной психиатрии «Медико-социальные приоритеты сохранения психического здоровья населения России». Петрозаводск, 02–05.06.2009. Петрозаводск, 2009. С. 33.
4. Буркин М. М., Хяникяйнен И. В. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2012. 208 с.
5. Буркин М. М., Антонен Е. Г., Мейгал А. Ю., Вассель И. А. Структура, психопатологические и нейропсихологические характеристики сосудистого паркинсонизма в Республике Карелия // Экология человека. 2009. № 1. С. 56–59.
6. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 752 с.
7. Гаврилова С. И., Калын Я. Б. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование) // Вестник РАМН. 2002. № 9. С. 15–20.
8. Голубев М. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия при ранней стадии хронических сосудистых заболеваний головного мозга: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. 40 с.
9. Дубенко А. Е., Коростий В. И., Якушенко И. А. Когнитивные нарушения и депрессия больных пожилого возраста – дифференциальная диагностика и коморбидность // Здоровье Украины. 2008. № 7. С. 30–33.
10. Жмуров В. А. Психопатология. М.: Медицинская книга, 2002. 668 с.
11. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / Под ред. Н. В. Верещагина. М.: Интермедика, 2002. 208 с.
12. Кадыков А. С., Манвелов Л. С., Шахпоронова Н. В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 224 с.
13. Казакова С. Е., Бондарь Р. Б. Современные воззрения на психические расстройства сосудистого генеза (обзор) // Украинский медицинский альманах. 2008. Т. 11. № 5. С. 213–218.
14. Лаукс Г., Меллер Х.-Ю. Психиатрия и психотерапия: Пер. с нем. М.: Медпресс-информ, 2010. 512 с.
15. Левин О. С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении // Consilium medicum. 2006. № 8. С. 72–79.

16. Маркин С. П. Современный подход к диагностике и лечению хронической ишемии мозга // Русский медицинский журнал. 2010. № 6. С. 1–7.
17. Михайлова Н. М., Соколова О. Н., Гаврилова С. И. Лечение пронораном психоорганического синдрома в позднем возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004. № 10. С. 46–50.
18. Петрова Н. Н., Леонидова Л. А., Баранцевич Е. Р., Поляков И. А. Психические расстройства у неврологических больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. № 7. С. 20–23.
19. Пивень Б. Н., Шереметьева И. И. Экзогенно-органические психические расстройства у мужчин и женщин: сравнительный аспект // Российский психиатрический журнал. 2007. № 3. С. 44–47.
20. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2002. 402 с.
21. Путилина М. В. Хроническая ишемия мозга // Лечащий врач. 2005. № 6. С. 28–33.
22. Савина М. А. Постинсультная депрессия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2005. № 7. С. 67–76.
23. Скворцова В. И., Стаховская Л. В., Пряникова Н. А., Мешкова К. С., Шеховцова К. В. Первичная и вторичная профилактика инсульта // Фарматека. 2007. № 7. С. 33–36.
24. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л. Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство, 2005. 784 с.
25. Суслина З. А., Варакин Ю. А., Верещагин Н. В. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики. М.: Медпресс-информ, 2006. 254 с.
26. Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. Психиатрия. М.: GEOTAR-Медиа, 2009. 384 с.
27. Bowirrat A., Oscar-Berman M., Logrosino G. Association of depression with Alzheimer's disease and vascular dementia in an elderly Arab population of Wadi-Ara, Israel // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2006. Vol. 21. № 3. P. 246–251.
28. Camus V., Kraehenbuhl H., Preisig M., Bula C. J., Waebler G. Geriatric depression and vascular diseases: what are the links // J. Affect. Disord. 2004. Vol. 81. № 1. P. 1–16.
29. Holley C., Murrell S. A., Mast B. T. Psychosocial and vascular risk factors for depression in the elderly // Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2006. Vol. 14. № 1. P. 84–90.
30. Sapolsky R. M. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders // Arch. Gen. Psychiatry. 2000. Vol. 57. P. 925–935.

Antonen E. G., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

Burkin M. M., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

Hyanikyaynen I. V., Health Department of the Federal Security Service Directorate in Karelia (Petrozavodsk, Russian Federation)

Korobkov M. N., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

PSYCHOPATHOLOGY OF VASCULAR BRAIN DISEASES (review)

Based on the analysis of national and foreign research literature issued in the last decade and interpretation of the obtained research results contemporary understanding of mental disorders of vascular genesis is presented; their systematization is improved; psychopathological manifestations in various forms of vascular diseases of the brain are studied; pressing issues of treatment, prevention, organization, and provision of care to these patients are considered. From the standpoint of the biopsychosocial approach to the understanding of multifactorial diseases (in particular cerebrovascular disorders), analysis of vascular mental disorders presents a particular clinical interest for a wide range of professionals (general practitioners, neurologists, psychiatrists, psychologists, clinical psychologists).

Key words: mental disorders, vascular diseases of the brain, exogenous organic and endoformnye mental disorder

REFERENCES

1. Antonen E. G., Hyankyaynen I. V. *Aktual'nye voprosy diagnostiki i lecheniya nachal'nykh proyavleniy nedostatochnosti mozgovogo krovoobrashcheniya* [Current issues in the diagnosis and treatment of early manifestations of cerebrovascular insufficiency]. Petrozavodsk, PetrGU Publ., 2011. 172 p.
2. Burkin M. M., Terevnikov V. A. *Dementii pozdnego vozrasta* [Dementia in old age]. Petrozavodsk, PetrGU Publ., 2004. 144 p.
3. Burkin M. M., Kuz'mina A. P. Clinical and psychological characteristics of patients with pathological tortuosity of the internal carotid arteries [Kliniko-psihologicheskaya kharakteristika patsientov s patologicheskoy izvitost'yu vnutrennikh sonnykh arteriy]. *Materialy konferentsii po voprosam klinicheskoy obshchey, detskoy i sudebnoy psikiatrii "Mediko-social'nye prioritye sohraneniya psichicheskogo zdorov'ya naseleniya Rossii"* [Proceedings of the conference on general clinical, child and forensic psychiatry. "Medical and social priorities for conservation of mental health in Russia"]. Petrozavodsk, 2009. P. 33.
4. Burkin M. M., Hyankyaynen I. V. *Psichicheskies narusheniya pri sosudistyykh zabolevaniyakh golovnoy mozga* [Mental disorders in vascular diseases of the brain]. Petrozavodsk, PetrGU Publ., 2012. 208 p.
5. Burkin M. M., Antonen E. G., Meygal A. Ju., Vassel' I. A. The structure, psychiatric and neuropsychological characteristics of vascular parkinsonism in the Republic of Karelia [Struktura, psikho-patologicheskies i neyropsichicheskies kharakteristiki sosudistogo parkinsonizma v Respublike Kareliya]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2009. № 1. P. 56–59.
6. *Vegetativnye rassstroystva: Klinika, lechenie, diagnostika* [Autonomic disorders: clinic, treatment, diagnostics]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ., 2003. 752 p.
7. Gavrilova S. I., Kalyn Ya. B. Social and environmental factors and mental health of the elderly population (clinical and epidemiological research) [Sotsial'no-sredovye faktory i sostoyanie psichicheskogo zdorov'ya pozhilogo naseleniya (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie)]. *Vestnik RAMN* [Journal of Russian Medical Sciences Academy]. 2002. № 9. P. 15–20.
8. Golubev M. V. *Kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya pri ranney stadii khronicheskikh sosudistyykh zabolevaniy golovnoy mozga. Avtoref. diss. d-ra med. nauk* [Cognitive and behavioral psychotherapy in early-stage chronic vascular diseases of the brain. Abstract. dis. Dr. of med. sciences]. Moscow, 2009. 40 p.

9. Dubenko A. E., Korostiy V. I., Yakushenko I. A. Cognitive impairment and depression in elderly patients – a differential diagnosis and comorbidity [Kognitivnye narusheniya i depressiya bol'nykh pozhilogo vozrasta – differentsial'naya diagnostika i komorbidnost']. *Zdorov'e Ukrainy* [Health of Ukraine]. 2008. № 7. P. 30–33.
10. Zhmurov V. A. *Psihopatologiya* [Psychopathology]. Moscow, Meditsinskaya kniga Publ., 2002. 668 p.
11. *Insul't. Printsipy diagnostiki, lecheniya i profilaktiki* [Stroke. Principles of diagnosis, treatment and prevention]. Moscow, Intermedika Publ., 2002. 208 p.
12. Kadykov A. S., Manvelov L. S., Shakhporonova N. V. *Khronicheskie sosudistye zabolevaniya golovnogogo mozga (distsirkulyatornaya entsefalopatiya)* [Chronic disease of the brain (discirculatory encephalopathy)]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2006. 224 p.
13. Kazakova S. E., Bondar' R. B. Modern concept of mental disorders of vascular origin (review) [Sovremennyye vozzreniya na psikhicheskie rasstroystva sosudistogo geneza (obzor)]. *Ukrainskiy meditsinskiy al'manakh* [Ukrainian medical almanac]. 2008. Vol. 11. № 5. P. 213–218.
14. Lauks G., Meller Kh.-Ju. *Psikhiatriya i psikhoterapiya* [Psychiatry and Psychotherapy]. Per. s nem. [Trans. from the german]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2010. 512 p.
15. Levin O. S. Discirculatory tncephalopathy: modern understanding of mechanisms and treatment [Distsirkulyatornaya entsefalopatiya: sovremennyye predstavleniya o mekhanizmax razvitiya i lechenii]. *Consilium medicum*. 2006. № 8. P. 72–79.
16. Markin S. P. Modern approach to the diagnosis and treatment of chronic brain ischemia [Sovremennyy podkhod k diagnostike i lecheniyu khronicheskoy ishemii mozga]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2010. № 6. P. 1–7.
17. Mikhaylova N. M., Sokolova O. N., Gavrilova S. I. Pronoran treatment of psycho-organic syndrome in later age [Lechenie pronoranom psikhoorganicheskogo sindroma v pozdnem vozraste]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova* [Journal of neurology and psychiatry named by S. S. Korsakov]. 2004. № 10. P. 46–50.
18. Petrova N. N., Leonidova L. A., Barantsevich E. R., Polyakov I. A. Mental disorders in neurological patients [Psikhicheskie rasstroystva u nevrologicheskikh bol'nykh]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova* [Journal of neurology and psychiatry named by S. S. Korsakov]. 2006. № 7. P. 20–23.
19. Piven' B. N., Sheremet'eva I. I. Exogenous-organic mental disorders among men and women: a comparative perspective [Ekzogennno-organicheskie psikhicheskie rasstroystva u muzhchin i zhenshchin: sravnitel'nyy aspekt]. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2007. № 3. P. 44–47.
20. Popov Yu. V., Vid V. D. *Sovremennaya klinicheskaya psikhiatriya* [Modern clinical psychiatry]. St. Petersburg, 2002. 402 p.
21. Putilina M. V. Chronic ischemia of the brain [Khronicheskaya ishemiya mozga]. *Lechashchiy vrach* [Attending physician]. 2005. № 6. P. 28–33.
22. Savina M. A. Post-stroke depression [Postinsul'tnaya depressiya]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova* [Journal of neurology and psychiatry named by S. S. Korsakov]. 2005. № 7. P. 67–76.
23. Skvortsova V. I., Stakhovskaya L. V., Pryanikova N. A., Meshkova K. S., Shehovtsova K. V. Primary and secondary prevention of stroke [Pervichnaya i vtorichnaya profilaktika insul'ta]. *Farmateka*. 2007. № 7. P. 33–36.
24. Smulevich A. B., Syrkin A. L. *Psikhokardiologiya* [Psikhokardiologiya]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ., 2005. 784 p.
25. Suslina Z. A., Varakin Yu. A., Vereshchagin N. V. *Sosudistye zabolevaniya golovnogogo mozga. Epidemiologiya. Osnovy profilaktiki* [Vascular diseases of the brain. Epidemiology. Fundamentals of prevention]. Moscow, Medpress-inform, 2006. 254 p.
26. Tsygankov B. D., Ovsiyannikov S. A. *Psikhiatriya* [Psychiatry]. Moscow, GEOTAR-Media, 2009. 384 p.
27. Bowirrat A., Oscar-Berman M., Logroscino G. Association of depression with Alzheimer's disease and vascular dementia in elderly Arab population of Wadi-Ara, Israel // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2006. Vol. 21. № 3. P. 246–251.
28. Camus V., Kraehenbuhl H., Preisig M., Bula C. J., Waeber G. Geriatric depression and vascular diseases: what are the links // *J. Affect. Disord.* 2004. Vol. 81. № 1. P. 1–16.
29. Holley C., Murrell S. A., Mast B. T. Psychosocial and vascular risk factors for depression in the elderly // *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2006. Vol. 14. № 1. P. 84–90.
30. Sapolsky R. M. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2000. Vol. 57. P. 925–935.

Поступила в редакцию 07.08.2013