

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.16.4.010>



Емельянцева Т.А.<sup>1</sup> ✉, Мойсейчик А.Л.<sup>2</sup>, Бudevич Д.О.<sup>2</sup>, Усовик К.В.<sup>2</sup>, Солнцева Ю.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

## Обсессивно-компульсивное расстройство с поздним началом как потенциальный предвестник деменции: описание клинического случая<sup>1</sup>

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Вклад авторов:** сбор материалов – Мойсейчик А.Л., Бudevич Д.О., Усовик К.В., Солнцева Ю.Ю.; идея, концепция, структура, написание статьи – Емельянцева Т.А.

Подана: 10.09.2025

Принята: 17.11.2025

Контакты: yemelyantsava@mail.ru

### Резюме

Обсессивно-компульсивное расстройство у пожилых людей может являться первичным заболеванием или быть связанным с органическими психическими расстройствами, в частности с деменцией, вызванной нейродегенеративными заболеваниями, такими как лобно-височная деменция, деменция с тельцами Леви, прогрессирующий надъядерный паралич, болезнь Гентингтона. Мы описываем случай позднего обсессивно-компульсивного расстройства с сопутствующими преддементными когнитивными нарушениями и рассматриваем связь между этими двумя расстройствами.

**Ключевые слова:** обсессивно-компульсивное расстройство, позднее начало, нейродегенеративные заболевания, деменция

Yemelyantsava T.<sup>1</sup> ✉, Moiseychik A.<sup>2</sup>, Budevich D.<sup>2</sup>, Usovik K.<sup>2</sup>, Solntseva Y.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

<sup>2</sup> Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

## Late-Onset Obsessive-Compulsive Disorder as a Potential Precursor to Dementia: A Case Report

**Conflict of interest:** nothing to declare.

**Authors' contribution:** collection of materials – Moiseychik A., Budevich D., Usovik K., Solntseva Y.; idea, concept, structure, writing of the article – Yemelyantsava T.

Submitted: 10.09.2025

Accepted: 17.11.2025

Contacts: yemelyantsava@mail.ru

### Abstract

Obsessive-compulsive disorder in older adults can be a primary disorder or may be associated with organic mental disorders, particularly dementia caused

<sup>1</sup> На правах рекламы

by neurodegenerative diseases such as frontotemporal dementia, dementia with Lewy bodies, progressive supranuclear palsy, and Huntington's disease. We describe a case of late-onset obsessive-compulsive disorder with associated pre-dementia cognitive impairment and examine the relationship between these two disorders.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder, late onset, neurodegenerative diseases, dementia

---

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Распространенность обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), по различным оценкам, составляет около 1–3% популяции [1]. Почти все случаи ОКР начинаются в возрасте до 35 лет [2]. Из когорты из 1000 пациентов с ОКР Weiss A.P. и соавторы (2000) сообщили только о 5 случаях, начавшихся в возрасте старше 50 лет [3].

ОКР у пожилых людей может являться первичным заболеванием или быть ассоциированным с органическими психическими расстройствами, в частности с деменцией. Позднее начало ОКР часто связано с такими нейродегенеративными заболеваниями, как лобно-височная деменция, деменция с тельцами Леви, прогрессирующий надъядерный паралич, болезнь Гентингтона, которые сопровождаются прогрессирующим когнитивным снижением и приводят к деменции [4–8].

Связь между ОКР, механизмами работы мозга и когнитивными расстройствами до конца не изучена.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы описываем случай позднего обсессивно-компульсивного расстройства, резистентного к лечению, с сопутствующими преддементными когнитивными нарушениями и рассматриваем связь между этими двумя расстройствами.

## ■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент в возрасте 74 лет. Наследственность психопатологически отягощена: сестра пациента проходила лечение в психиатрическом стационаре, сын страдает шизофренией.

После окончания средней школы служил в армии (в артиллерийских войсках). Приобрел специальность монтажника. Работал по профессии всю жизнь (до выхода на пенсию), место работы не менял. В настоящее время пенсионер по возрасту. Разведен. От брака имеет 2 сыновей. Проживает в частном доме вместе с больным сыном.

У пациента имеются соматические заболевания: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз аорты, коронарных артерий, Н1, артериальная гипертензия 2, риск 3. В 2010 году проходил комплексное лечение по поводу рака почки, в настоящее время отмечается ремиссия.

Анамнез заболевания: ухудшение психического состояния сам пациент отмечает около 2 лет назад. Путь из магазина домой вместо 10 минут стал занимать 2 часа. «Иду из магазина, вижу бумажку, забираю ее... Считаю полосы на дороге, автомобильные знаки». Мог ходить в магазин и возвращаться обратно по несколько раз, если не посчитал знаки или не собрал весь мусор по дороге. Мусор не выкидывает, по дороге

домой собирает в пакеты или карманы, начал прятать в доме или на участке рядом с домом. Про себя считает цифры, должен обязательно поздороваться вслух со всеми знакомыми людьми, которых встречает. Если человек ушел далеко, звонит ему по сотовому телефону, чтобы поздороваться. Стал кружиться по несколько раз на месте, перед тем как переступить порог. Не наступает на стыки между тротуарными плитками. При невыполнении вышеописанных действий появляется ощущение слабости в ногах и руках, потом во всем теле. Ощущает непреодолимую тягу к совершению навязчивых действий: «Как будто что-то заставляет, не опускает... но голосов никаких нет, мыслей чужих нет, телом не управляют». Около года назад присоединились навязчивые идеи ходить по несколько раз в туалет, со слов, может ходить в туалет в течение 3 часов подряд (клинический феномен компульсивного мочеиспускания). Поэтому уменьшил объем потребляемой жидкости до минимума. После приема пищи начал испытывать чувство кома в горле, поэтому стал вызывать рвоту, приносящую облегчение. Рассказывает, что на пике болезненных переживаний имел импульсивное желание отрезать дистальную фалангу мизинца: «Авось полегчает...» (клинический феномен нарушения контроля за импульсами). В связи с описанными нарушениями самостоятельно обратился за медицинской помощью к врачу – психиатру-наркологу по месту жительства. Наблюдается с диагнозом «другие психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни (F06.82 по МКБ-10)» [9]. Принимал пароксетин 20 мг утром, самостоятельно прекратил прием спустя 2–3 недели, так как отмечал ухудшение состояния: «Странностей стало больше». Затем принимал кветиапин до 100 мг в сутки до госпитализации в психиатрический стационар. Направлен в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (РНПЦ психического здоровья) участковым врачом – психиатром-наркологом для уточнения диагноза и лечения.

При поступлении в РНПЦ психического здоровья в приемном отделении несколько раз проходил через порог и возвращался, потому что «болтик торчит». Начинать считать вслух: «Меня это успокаивает». По результатам измерения артериального давления (АД) 200/100 мм рт. ст., выдан каптоприл 50 мг сублингвально, спустя 25 минут АД 155/90 мм рт. ст. (со слов, не принимал поддерживающего лечения гипотензивными лекарственными средствами в течение 3 дней, так как резко ограничил себя в приеме жидкости из-за компульсивного мочеиспускания). При осмотре врачом-специалистом в приемном отделении пациент утверждал, что «им кто-то управляет», установлен предварительный диагноз «органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2 в МКБ-10). Обсессивно-компульсивное расстройство, смешанные навязчивые мысли и действия (?) (F42.2 по МКБ-10)».

За время пребывания и лечения в условиях психиатрического стационара пациент не испытывал трудностей в повседневном функционировании: соблюдал режим, ориентировался в отделении, был приветлив в отношении медицинского персонала и других пациентов, полностью обслуживал себя, в посторонней помощи не нуждался.

По результатам проведенных общемедицинских исследований в первые дни пребывания отмечалось повышение биохимических показателей при оценке функции почек (в дальнейшем показатели стабилизировались), повышение показателей липопротеидов высокой и низкой плотности. По результатам ЭКГ ритм синусовый, отклонение ЭОС влево, субэндокардиальные изменения в миокарде левого желудочка.

По результатам измерения профиля АД цифры в основном 130/80–140/90 мм рт. ст., изредка пики до 180/100 мм рт. ст.

По результатам осмотра врачом-терапевтом установлен диагноз «ишемическая болезнь сердца: атеросклероз аорты, коронарных артерий, коронарных сосудов, Н1, артериальная гипертензия 2, риск 3, нефропатия сложного генеза».

По результатам осмотра врачом-неврологом установлен диагноз «энцефалопатия 2-й стадии смешанного (атеросклеротическая, гипертоническая, дисциркуляторная) генеза с неврологической микросимптоматикой, когнитивными нарушениями (G93.8 по МКБ-10)».

Результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга: на нативных изображениях полушарий головного мозга и мозжечка кортикальные борозды углублены. Срединные структуры не смещены. Желудочки головного мозга нерезко расширены, боковые расположены симметрично, III и IV не расширены, не деформированы. Субарахноидальное конвекситальное пространство диффузно расширено в лобно-теменных областях и задней черепной ямке. Цистерны основания мозга не расширены, симметричны. В белом веществе больших полушарий определяются многочисленные перивентрикулярные и субкортикальные очаги глиоза до 2 см. Перивентрикулярный лейкоареоз. В остальном белое и серое вещество развиты правильно, дифференцировка их не нарушена, интенсивность сигнала нормальная. Базальные ядра, внутренняя капсула, мозолистое тело, зрительный бугор, структуры ствола мозга и мозжечка имеют неизменный магнитно-резонансный-сигнал. Миндалины мозжечка расположены выше плоскости большого затылочного отверстия. Пирамидки височных костей пневматизированы. Хиазмально-селлярная область: гипофиз уплощен. Зрительные нервы извиты. Орбиты на полученных изображениях без особенностей. Шишковидная железа небольших размеров, без особенностей. Околоносовые пазухи: неравномерно утолщена слизистая ячеек решетчатой кости. Незначительно неравномерно утолщена слизистая оболочка левой верхнечелюстной пазухи. В левой верхнечелюстной пазухе имеются пристеночные полипы размером до 2 см.

При бесконтрастной магнитно-резонансной ангиографии гемодинамически значимых стенозов, сосудистых мальформаций, аневризм и патологического петлеобразования не выявлено. Заключение: многочисленные очагово-глиозные изменения в паренхиме больших полушарий головного мозга в рамках мультифокальной микроангиопатии. Церебральная субатрофия. Полип в левой верхнечелюстной пазухе.

Результаты нейропсихологического исследования: по результатам заполнения Обсессивно-компульсивной шкалы Йеля – Брауна (Yale – Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS) – 20 баллов, что соответствует средней степени выраженности ОКР. Результаты оценки когнитивных функций по тесту «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы» (КНОКС) – объем рабочей памяти достаточный (воспроизвел 3 слова из 3); выраженная степень нарушений по субтесту «незавершенные изображения», отображает нарушение процесса обработки неполной информации (возможной зрительной агнозии), общий балл 22, что указывает на легкую степень выраженности когнитивных нарушений. Результаты оценки когнитивных функций по Краткой шкале оценки психического статуса (The Mini Mental State Examination, MMSE) – общий балл 29, что указывает на отсутствие когнитивных нарушений. Результаты оценки когнитивных функций с применением батареи лобной дисфункции

(Frontal Assessment Battery, FAB) – общий балл 11, что указывает на умеренную лобную дисфункцию. Оценка эмоционального состояния по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) выявила отсутствие симптомов депрессии (6 баллов) и субклинические симптомы тревоги (11 баллов); по шкале Цунга – состояние без депрессии (41 балл); по шкале тревожности Спилбергера – умеренный показатель тревожных переживаний (94 балла) (личностная тревожность 50 баллов, ситуативная тревожность 44 балла; по шкале безнадежности Бека выявлена легкая степень выраженности негативного отношения к собственному будущему (7 баллов)). Исследование профиля личности с использованием Миннесотского многоаспектного личностного опросника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) выявило психопатические варианты шизоидного типа реагирования, ввиду наличия умеренной лобной дисфункции у пациента полученные результаты нельзя считать достоверными.

Пациент был представлен на клинический разбор на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии с курсом повышения квалификации и переподготовки УО «Белорусский государственный медицинский университет» для уточнения диагноза и лечения. При осмотре достаточно активно отвечал на вопросы, ориентирован в месте, времени и собственной личности, заинтересован в помощи. На фоне приема сертралина 125 мг в сутки и кветиапина 100 мг в сутки отмечал, что «хуже не становится, но и лучше тоже». Продолжал кружиться на месте, перед тем как встать с кровати; по несколько раз проходил через дверные проемы. На прогулках складывал в целлофановые пакетики опавшие листья, окурки, начал хранить в этих пакетах недоеденную пищу, стал считать людей, проходящих под окном, птиц.

По результатам медицинского осмотра был установлен диагноз «обсессивно-компульсивное расстройство, смешанные навязчивые мысли и действия (F42.2 по МКБ-10). Органическое легкое когнитивное расстройство (F06.7 по МКБ-10)». Следует отметить, что при оценке степени когнитивных нарушений учитывались прежде всего клинические данные, дополнительно – результаты нейропсихологического исследования. Во время дискуссии в отношении установления диагноза «другие психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни (F06.82 по МКБ-10)», диагноза «обсессивно-компульсивное расстройство, смешанные навязчивые мысли и действия (F42.2 по МКБ-10)» и коморбидного диагноза «органическое легкое когнитивное расстройство (F06.7 по МКБ-10)» предпочтение было отдано последнему варианту для обоснования назначения адекватного лечения – венлафаксина 225–300 мг в сутки и оланзапина 10–12,5–15 мг в сутки (подбор дозы с учетом эффективности и переносимости), а также сеансов транскраниальной магнитной стимуляции с учетом резистентности к лечению сертралином и кветиапином в адекватных дозах.

Выбор венлафаксина обусловлен тем, что в патофизиологии ОКР участвуют фронтальные области головного мозга и кортико-стриатно-таламические пути [9–11]. Нейродегенеративные изменения в хвостатом ядре и скорлупе базальных ганглиев приводят к потере транспортера дофамина. Таким образом, дофаминергическая дисфункция является неотъемлемой частью возникновения симптомов ОКР [12, 13].

Всем известен дозозависимый эффект приема венлафаксина. В дозе 75 мг в сутки он ничем не отличается от селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

В дозе 150–225 мг в сутки венлафаксин обладает эффектом двойного действия – увеличивает обмен серотонина и норадреналина. В дозе 300–375 мг в сутки венлафаксин способен увеличивать обмен дофамина. Анализ клинических случаев ОКР с поздним началом, опубликованных в научной литературе, подтвердил применение венлафаксина в дозе 300 мг в сутки у пациентов с ОКР в пожилом возрасте [8].

По итогу клинического разбора при назначении венлафаксина пациенту с ОКР предпочтение было отдано венлафаксину пролонгированной формы (Велаксин ретард). Постепенное высвобождение действующего активного вещества позволяет избежать пика нежелательных побочных реакций и иметь более выраженный лекарственный эффект, что особенно актуально с учетом возраста и имеющихся соматических заболеваний.

В динамике спустя 3 недели назначенного лечения пациент стал отмечать значительное улучшение состояния. Навязчивые мысли и действия начали занимать меньше времени, уменьшились соматические симптомы тревоги (приступы слабости в руках и ногах, вызванные страхом за свое здоровье), пациент стал больше общаться с соседями по палате, чаще смотреть телевизор, улучшился аппетит; начал самостоятельно избавляться от пакетов с едой и мусором из тумбочки, меньше кружиться вокруг своей оси; нормализовался сон. Выписан со значительным улучшением состояния.

Следует отметить, что в представленном клиническом случае нельзя судить о том, что симптомы ОКР являются самостоятельным психическим расстройством, так как у пациента установлено преддементное снижение когнитивных функций (симптомы лобной дисфункции и симптомы зрительной агнозии). Однако на текущий момент по результатам комплексной оценки его состояния здоровья не обнаружено убедительных данных в пользу нейродегенеративного заболевания, прежде всего лобно-височной деменции или деменции с тельцами Леви. Требуется динамическое наблюдение, в том числе для определения показаний для назначения ингибиторов холинэстеразы, которые показали свою эффективность в лечении симптомов ОКР у пациентов с нейродегенеративными заболеваниями [8].

---

## ■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Fullana M.A., et al. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American J. of Psychiatry*. 2009;166(3):329–336.
2. Fontenelle L.F., et al. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006;30:327–337.
3. Weiss A.P., Jenike M.A. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12:265–268.
4. Scicutella A. Late-life obsessive-compulsive disorder and Huntington's disease. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12:288–9.
5. Grant J.E., et al. Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*. 2007;152:21–27.
6. Porter A.B., et al. Compulsive urination as a presenting symptom of frontotemporal dementia. *Eur J Neurol*. 2007;14:16–17.
7. Nakaaki S., et al. A case of late-onset obsessive compulsive disorder developing frontotemporal lobar degeneration. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2007;19:487–8.
8. Frileux S., Millet B., Fossati Ph. Late-Onset OCD as a Potential Harbinger of Dementia with Lewy Bodies: A Report of Two Cases. *Front. Psychiatry*. 2020;11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00554>
9. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Available at: <https://mkb-10.com> (date of access: 00.01.2025).
10. Burguière E., et al. Striatal circuits, habits, and implications for obsessive-compulsive disorder. *Curr Opin Neurobiol*. 2015;59–65.
11. Jung W.H., et al. Altered functional network architecture in orbitofronto-striato-thalamic circuit of unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder. *Hum Brain Mapp*. 2017;38:109–19.
12. Harrison B.J., et al. Brain corticostriatal systems and the major clinical symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2013;73:321–8.
13. Denys D., et al. Dopaminergic activity in Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23:1423–31.