

Общая характеристика деменции

Деменция – синдром, характеризующийся приобретенным, часто прогрессирующим снижением интеллекта, которое возникает в результате органических поражений головного мозга и приводит к нарушению социальной адаптации пациента, т. е. делает его неспособным к продолжению профессиональной деятельности и/или, ограничивая возможности самообслуживания, нарушает его бытовую независимость.

Наиболее частой формой деменции является деменция при болезни Альцгеймера, сосудистая и смешанная деменции (сочетание болезни Альцгеймера и сосудистого поражения головного мозга).

Особенности сбора анамнеза для диагностики деменции

При обследовании пациента следует собрать объективный анамнез у его родственников.

О наличии деменции могут свидетельствовать следующие признаки:

- забывчивость (постоянное забывание договоренностей, регулярное утрачивание «нити» разговора, повторение одних и тех же вопросов);
- нарушения речи (нетипичная безграмотность при построении предложений, постоянные сложности с подбором нужного слова, которых не было ранее, упрощение речи);
- эмоциональная нестабильность (частные колебания/ перепады настроения без видимой причины);
- нетипичное поведение (отказ от контактов, бесцельное хождение, частые ночные бодрствования);
- нарушения концентрации внимания (сложно настроиться на какое-либо дело и продолжать его);
- изменение внешнего вида, неадекватный подбор одежды по погоде, сезону, неопрятность;
- сложности в решении задач, которые раньше давались легко (в области счета, распоряжения деньгами, пользования мобильным телефоном, поддержания порядка в своих вещах и т. п.);
- сложности с абстрактным мышлением;
- снижение интереса к хобби и взаимодействию с другими людьми;
- нарушение ориентации в пространстве и времени;
- отрицание ошибок и проблем.

Для уточнения причин деменции во время сбора анамнеза необходимо уточнить следующее:

- В течение какого времени развились симптомы? При быстром их развитии возможен делириозный синдром вследствие токсических, метаболических, инфекционных заболеваний.
- Испытывает ли человек умеренную или тяжелую форму депрессии?
- Появились ли первые симптомы заболевания в возрасте до 65 лет?
- Первые симптомы вызваны травмой головы, инсультом или изменением уровня сознания или потерей сознания?
- Наличие в анамнезе гипотиреоза (сухость кожи, замедленный пульс).
- Наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ.
- Есть ли признаки недоедания, анемии, несбалансированного пищевого рациона?
- Есть ли факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний?

Уточнить состояние и потребности лиц, осуществляющих уход:

- Испытывает ли человек, осуществляющий уход, нервное напряжение или трудности, мешающие справиться с ситуацией?
- Находится ли лицо, осуществляющее уход, в подавленном состоянии (депрессии)?
- Лицо, осуществляющее уход, потеряло доход и тратит дополнительные средства из-за необходимости ухаживать за пациентом?

Присутствуют ли какие-либо поведенческие или психиатрические симптомов деменции:

- Поведенческие симптомы: блуждание, нарушение психологического состояния в ночное время, возбужденное состояние, агрессия?
- Психотические и аффективные симптомы: галлюцинация, бред, беспокойное состояние, неконтролируемые эмоциональные всплески?
- Есть ли реальный риск суицида?

Объективное обследование

Необходимо провести обследование на предмет соответствия симптомов пациента синдромальным критериям деменции. Для этого чаще всего используется Краткая шкала оценки психического статуса или тест "Рисование часов". Пациенту говорят: "Пожалуйста, нарисуйте круглые часы с цифрами на циферблате. Стрелки показывают время, без пятнадцати два". Пациент самостоятельно, без подсказок, по памяти должен нарисовать циферблат в виде круга, правильно расположить все цифры и стрелки, указывающие время. Следует также дифференцировать деменцию с депрессией, которая может иметь сходные симптомы. Также необходимо провести соматическое и неврологическое обследование.

Дополнительные методы исследования. Лабораторное и инструментальное обследование

При нетипичных симптомах пациентам с деменцией рекомендуется МРТ головного мозга, биохимический анализ крови с определением уровня ТТГ, печеночных ферментов (АЛТ, АСТ, ГГТ), витамина В₁₂, креатинина.

Дифференциальная диагностика основана на исключении путем осмотра и сбора анамнестических данных ряда состояний, внешне напоминающих деменцию, но требующих других форм помощи и часто являющихся обратимыми, а именно:

- ухудшение когнитивных функций вследствие социальной изоляции (проживание в одиночестве, бедность внешних стимулов и т. п.);
- ухудшение когнитивных функций вследствие неполноценного и однообразного питания, гипо- и авитаминоза (чаще недостаток витаминов группы В и фолиевой кислоты);
- депрессия, картина которой в пожилом возрасте часто напоминает деменцию;
- субдуральная гематома при недавней травме головы и/или применении антикоагулянтов;
- анемия;
- бессистемный и избыточный прием лекарственных средств (особенно снотворных – бензодиазепинов, антигипертензивных, противоаллергических, содержащих в своем составе барбитураты);
- злоупотребление алкоголем в пожилом возрасте;
- различные инфекционные заболевания;
- утяжеление течения ряда хронических соматических заболеваний с нарастанием сердечно-сосудистой, печеночной, почечной недостаточности.

Общие принципы ведения деменции

Коррекция поведенческих и психопатологических симптомов

- Выявите и лечите другие заболевания, которые могут влиять на поведение.
- Определите события, которые могут усугублять проблемное поведение.
- Примите меры по адаптации окружающих пациента условий для снижения риска падения и/или травмирования и дезориентации
- Стимулируйте успокаивающие или отвлекающие стратегии.
- Рекомендуйте заниматься деятельностью, от которой человек получает удовольствие.

Рекомендации для лиц, осуществляющих уход

- Планируйте ежедневные занятия с пациентом таким образом, чтобы максимально развивать его навыки самостоятельных действий, помогать адаптироваться, минимизировать потребность в поддержке. Установите связи с имеющимися социальными ресурсами и воспользуйтесь их помощью.
- Поддерживайте навыки самостоятельного пользования туалетом, в т. ч. подсказывайте о необходимости регулировать потребление жидкости (в случае недержания мочи необходимо определить все возможные причины и провести лечение, прежде чем заключить, что это постоянное явление).
- Следите за безопасностью окружающей домашней обстановки, не допускайте загромождения проходов в доме пациента, если считаете необходимым, уберите из квартиры ковры, чтобы снизить риск падения и травмирования.

- Адаптируйте окружающие пациента условия и помещения в доме для его удобства. Целесообразно, если необходимо, установить поручни и пандусы. Повесьте знаки, указывающие на основные помещения в доме (например, туалет, ванная комната, спальня), которые помогут человеку не заблудиться или не потерять ориентацию. Если считаете необходимым, для снижения риска дезориентации уберите из квартиры зеркала.
- Побуждайте пациента к ежедневной физической активности для поддержания подвижности.
- С учетом стадии и степени тяжести деменции практикуйте оздоровительные мероприятия.
- Корректируйте нарушения слуха и зрения пациента с помощью соответствующих устройств (очки, слуховой аппарат).

Меры по улучшению когнитивного функционирования

Побуждайте лиц, осуществляющих уход:

- Регулярно предоставлять ориентирующую информацию: день, дату, время, имена людей.
- Использовать такие ресурсы, как газеты, радио или телевизионные программы, семейные альбомы и предметы домашнего обихода для содействия общению, повышения способности ориентироваться в текущих событиях, стимулирования воспоминаний.
- Использовать простые короткие предложения, чтобы речь была понятной. Старайтесь минимизировать фоновые шумы, такие как радио, телевидение.
- Внимательно выслушивать человека.
- Придерживаться простого образа жизни, избегать изменений в ежедневном режиме, и по мере возможности не водить человека в незнакомые ему места.

Оказание поддержки лицу, осуществляющему уход

Оцените состояние лица, осуществляющее уход, и его потребности для обеспечения необходимой поддержки и ресурсов для его семейной жизни, работы, социальной деятельности и здоровья.

Фармакологическое лечение деменции

Для лечения деменции при болезни Альцгеймера используют донепезид и мемантин.

Для лечения психопатологических расстройств – антидепрессанты, антипсихотики и антиконвульсанты:

Группа лекарственных средств	Симптом-мишень	Лекарственные средства	Дозы, мг/сут
Противодементные средства	Когнитивные и поведенческие нарушения	Мемантин	5 – 30
		Донепезил	5 – 10
Антипсихотики	Бред, галлюцинации, возбуждение, агрессивность, эмоциональная лабильность, нарушения сна	Рisperидон	0,25 – 2
		Оланзапин	5 – 20
		Кветиапин	25 – 200
		Галоперидол	1,5 – 5
Антидепрессанты	Депрессия, раздражительность, нарушения сна	Миртазапин	15 – 45
		Сертралин	25 – 100
		Эсциталопрам	5 – 20
Антиконвульсанты с нормотимическим эффектом	Тревога, агрессия, бессонница	Карбамазепин	100 – 400
		Вальпроаты	250 – 1500

Контрольные посещения и наблюдение

На каждой консультации оценивайте состояние человека и рассмотрите наличие или отсутствие следующего:

- побочные эффекты лекарственных средств;
- соматические заболевания;
- способность заниматься повседневными делами и потребность в уходе;
- угроза безопасности. Предложите человеку изменить свое поведение соответствующим образом (например, ограничить вождение автомобиля, приготовление пищи и т. д.);
- новые поведенческие или психопатологические симптомы;
- симптомы депрессии или реальный риск самоповреждения/суицида;
- потребности лиц, осуществляющих уход.

Если есть ухудшение:

- Если человек не принимает лекарственные препараты, при необходимости начните лечение фармакологическими методами.
- Если человек принимает лекарственные препараты, проверьте приверженность лечению, побочные эффекты и дозировку.
- Скорректируйте дозировку или рассмотрите возможность использования альтернативного препарата по необходимости.
- Проверьте осуществление психосоциальных вмешательств.
- Оцените состояние пациента на наличие соматических заболеваний.
- Рассмотрите возможность консультации профильного специалиста.

Показания для направления к профильным специалистам для дополнительной диагностики и/или лечения:

- Необходимость подтвердить диагноз деменции в сомнительных случаях.
- Необходимость постановки нозологического диагноза (диагностика разновидности деменции).
- Подозрение на деменцию в возрасте до 65 лет.
- Признаки особой формы деменции, отличной от БА или сосудистой деменции, такой как лобно-височная деменция, деменция с тельцами Леви или деменция при болезни Паркинсона.
- Подозрение на поддающуюся лечению причину снижения когнитивных функций:
 - значительное увеличение когнитивных нарушений в течение 2 месяцев,
 - недавняя травма головы, особенно при использовании антикоагулянтов,
 - история злокачественных новообразований,
 - позывы к рвоте или недержание мочи в сочетании с нарушением походки,
 - новый очаговый неврологический дефицит.
- Дополнительные соматические или психологические факторы:
 - соматическая коморбидность,
 - зависимость от психоактивных веществ,
 - неврологическая симптоматика;
 - психические нарушения, которые не поддаются коррекции.

Госпитализация пациента с наиболее частыми формами деменции (при болезни Альцгеймера и смешанной деменции) почти всегда сопровождается усугублением психических и поведенческих нарушений и оправдана только в том случае, если пациент представляет непосредственную угрозу для себя или для родственников.