

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с деменцией

Для врачей общей практики,
медицинских сестер
и помощников врачей
первичной медицинской помощи



Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

ИНСТРУКЦИЯ
о порядке организации оказания
медицинской помощи
пациентам с деменцией

для врачей общей практики, медицинских сестер
и помощников врачей первичной медицинской помощи

Минск



БЕЛСЭНС

2022

УДК 614.253:[616.89-008.454/.46/.894-053.8/.899-02/-53.9]-07-082-083 +
615.035.1/.2 + 649.8 (083.13)
ББК 51.12п : 53.4/.5 +56.12/.14 + 57.4 + 88.4/.7/.9
И70

Разработчики:

- Айзберг О.Р.** доцент кафедры психиатрии и наркологии государственного учреждения образования (ГУО) «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук;
- Патенюк И.В.** заведующий кафедрой общей врачебной практики с курсом гериатрии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент;
- Протьюко Н.Н.** доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент;
- Русович В.З.** координатор программ по общественному здравоохранению Странового офиса ВОЗ в Республике Беларусь.

И70 Инструкция о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с деменцией (для врачей общей практики, медицинских сестер и помощников врачей первичной медицинской помощи). – Минск : Белсэнс, 2022. – 27 с

ISBN 978-985-7179-21-3

Инструкция описывает общие принципы диагностики и ведения пациентов с деменцией на этапе первичной медицинской помощи.

Инструкция предназначена для врачей общей практики, медицинских сестер и помощников врачей первичной медицинской помощи.

УДК 614.253:[616.89-008.454/.46/.894-053.8/.899-02/-53.9]-07-082-083 + 615.035.1/.2 + 649.8 (083.13)
ББК 51.12п : 53.4/.5 +56.12/.14 + 57.4 + 88.4/.7/.9

Инструкция выпущена в свет при поддержке Странового офиса Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Республике Беларусь.

ISBN 978-985-7179-21-3

© БелМАПО, 2022

© Оформление. ООО «Белсэнс», 2022

1. Определение

Согласно известному определению [5] "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".

2. Общая характеристика деменции

Можно выделить 5 ключевых признаков, характеризующих деменцию [5], или критериев её диагностики [6]:

- когнитивный дефект, как правило, должен быть распространенным или множественным, а не ограничиваться одной [когнитивной [5] сферой познавательной деятельности;
 - когнитивные способности должны снижаться по сравнению с исходным (существовавшим до заболевания) уровнем;
 - когнитивные расстройства должны [нарушать повседневную жизнедеятельность [5] ограничивать независимость пациента, а не только мешать выполнению [6] нейропсихологических тестов;
 - причиной когнитивных нарушений должно выступать органическое (структурное или метаболическое) поражение головного мозга;
 - на момент осмотра должно отсутствовать острое расстройство сознания (спутанность сознания или делирий), которое может затруднить оценку степени и стойкости когнитивных расстройств.
- Должны быть исключены и первичные психиатрические расстройства (например, депрессия или шизофрения), которые способны затруднить выполнение нейропсихологических тестов

Деменция – главная причина инвалидности и несамостоятельности среди пожилых людей во всем мире, она оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие на лиц, осуществляющих уход, членов семьи и общество в целом. У людей, страдающих деменцией, обычно возникают проблемы с памятью и навыками, необходимыми для повседневной деятельности (умывание, одевание, прием пищи, личная гигиена и посещение туалета), они часто становятся забывчивыми или подавленными, могут не осознавать изменений своего состояния и не обращаться за помощью.

Деменция – это заболевание может развиваться в любом возрасте, но более распространено она среди пожилых людей. При этом деменция не является частью нормального процесса старения.

Болезнь Альцгеймера является наиболее распространенной причиной деменции, хотя она может быть также вызвана различными заболеваниями и травмами головного мозга.

Методов излечения этого заболевания не существует, однако при применении поддерживающего лечения жизнь людей с деменцией и лиц, ухаживающих за ними, может значительно улучшиться.

По течению выделяют:

- прогрессирующие деменции (например, болезнь Альцгеймера (БА) и другие дегенеративные деменции);
- статические (непрогрессирующие) деменции – остаточное явление перенесенного заболевания, например, черепно-мозговой травмы или герпетического энцефалита;
- потенциально обратимые (курабельные) деменции – состояния, при которых специфическая терапия способна вызвать полный или частичный регресс когнитивного дефицита: болезнь Вильсона, деменция, связанная с дефицитом витамина В₁₂, нейросифилис.

В течении болезни выделяются 3 основные стадии: мягкой, умеренной и тяжелой деменции.

На стадии **мягкой деменции** нарушения памяти (особенно на текущие события) усиливаются и становятся очевидными для окружающих, появляются трудности в хронологической, а также в географической ориентировке. Возникают явные затруднения в мыслительных операциях, при этом особенно страдает абстрактное мышление, возможности обобщения, суждения, сравнения. Пациенты уже не могут самостоятельно выполнять финансовые операции, вести корреспонденцию, путешествовать, хотя еще сохраняют способность к самообслуживанию и в значительной мере – к независимому проживанию.

На стадии **умеренной деменции** наблюдаются выраженные расстройства памяти, касающиеся как возможности приобретения новых знаний и запоминания текущих событий, так и воспроизведения прошлых знаний и опыта, грубо нарушается ориентировка во времени, а часто – и в окружающей обстановке. Пациенты уже не могут самостоятельно справляться с какими-либо профессиональными или общественными обязанностями. Им доступна только простая рутинная работа по дому, необходима постоянная поддержка и помощь, даже в самообслуживании.

На стадии **тяжелой деменции** состояние пациентов характеризуется глубоким распадом памяти, полной амнестической дезориентировкой. Тяжесть распада интеллектуальных функций такова, что пациенты практически полностью утрачивают способность к суждениям и умозаключениям, коммуникации, а также двигательные навыки. Они не способны к самостоятельному существованию, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Агрессия и другие поведенческие симптомы (бесцельная активность, попытки ухода из дома, перебирание вещей) заметно ухудшают качество жизни как самих пациентов, так и ухаживающих за ними лиц.

Поведенческие расстройства, сопровождающие развитие деменции на разных этапах ее формирования, имеют место более чем у 80 % пациентов. Поведенческие симптомы обычно выявляются при наблюдении за пациентом и включают физическую агрессию, крики, беспокойство, возбуждение, блуждания, нарушение общепринятых норм поведения, сексуальную расторможенность. Психические симптомы, как правило, оцениваются на основе беседы с пациентом и его родственниками и проявляются в виде тревоги, депрессии, галлюцинаций и бредовых расстройств.

3. Этиология деменции

- I. Нейродегенеративные заболевания:
 - болезнь Альцгеймера;
 - деменция с тельцами Леви;
 - лобно-височная дегенерация (ЛВД) ;
 - болезнь Паркинсона;
 - болезнь Гентингтона;
 - другие дегенеративные заболевания головного мозга.
- II. Сосудистые заболевания головного мозга.
- III. Токсические и дисметаболические энцефалопатии вследствие:
 - гипоксии;
 - печеночной недостаточности;
 - почечной недостаточности;
 - гипогликемии;
 - гипотиреоза;
 - тиреотоксикоза;
 - гипер- и гипокортицизма;
 - гипопитуитаризма;
 - дефицитарных состояний (недостаточность витаминов В₁, В₁₂);
 - промышленных и бытовых интоксикаций (тяжелые металлы [медь (в т. ч. болезнь Вильсона), свинец, ртуть], растворители, инсектициды, алкоголь, наркотики);
 - лекарственных интоксикаций (барбитураты, бензодиазепины).
- IV. Нейроинфекции и демиелинизирующие заболевания:
 - ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия;
 - губчатый энцефалит (болезнь Крейтцфельда – Якоба);
 - нейросифилис;
 - прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия.
- V. Травматические повреждения головного мозга.
- VI. Опухоли головного мозга.
- VII. Паранеопластическое состояние – лимбический энцефалит.
- VIII. Ликвородинамическое нарушение – нормотензивная (арезорбтивная) гидроцефалия.

Согласно данным как патоморфологических, так и эпидемиологических исследований, наиболее частой формой деменции является деменция при болезни Альцгеймера, сосудистая и смешанная деменции (сочетание болезни Альцгеймера и сосудистого поражения головного мозга).

4. 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 настроения без видимой причины, «ухудшение» характера, перепады настроения: человек может легко расстроиться, возбудиться или расплакаться);
- нетипичное поведение (отказ от контактов, бесцельное хождение, частые ночные бодрствования);
- нарушения концентрации внимания (сложно настроиться на какое-либо дело и продолжать его в течение необходимого времени);
- изменение внешнего вида, проблемы с адекватным подбором одежды по погоде, сезону, нетипичная 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 развитии симптомов возможен делириозный синдром вследствие других состояний (токсические, метаболические, инфекционные заболевания).
- Испытывает ли человек умеренную или тяжелую форму депрессии (смотри рекомендации по диагностике депрессии)?
- Появились ли первые симптомы заболевания в возрасте до 65 лет?
- Первые симптомы вызваны травмой головы, инсультом, 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: гипертония, повышение уровня холестерина, диабет, курение, ожирение, болезнь сердца, предыдущие инсульт или транзиторная ишемическая атака?

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 из перечисленных поведенческих или психиатрических симптомов деменции:

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

5. Объективное обследование

Обследование пациента при подозрении на деменцию разделяется на 2 этапа. **На первом этапе** необходимо провести обследование на предмет соответствия симптомов пациента синдромальным критериям деменции. Для этого чаще всего используется Краткая шкала оценки психического статуса (Приложение 2). Следует учитывать, что опросник MMSE проявляет наибольшую чувствительность в отношении деменции при болезни Альцгеймера, а также сосудистой и смешанной деменции. При деменциях лобно-височного типа он не обладает достаточной диагностической чувствительностью. Следует также дифференцировать деменцию с депрессией, которая может иметь сходные симптомы. Для этого можно использовать Краткую форму гериатрической шкалы оценки депрессии (Приложение 3) и Корнельскую шкалу депрессии (Приложение 4).

Основные инструменты для оценки деменции на первичном этапе:

- Краткая шкала оценки психического статуса.
Опросник MMSE / Тест Фольштейна (Приложение 2)
- Упрощенный 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 (см. таблицу в конце следующей страницы).

Физикальное обследование

- При внешнем осмотре оцените:
 - ухоженность / внешний вид;
 - действия во время раздевания и одевания;
 - зрительно-пространственные функции (распознавание предметов в окружающей среде);

- Обратите внимание на поворот головы пациента: при каждом вопросе пациент поворачивает голову в направлении опекуна, чтобы проверить полученный ответ или попросить опекуна дать ответ.
- Обратите внимание на зрение и слух, поскольку их нарушение (или их плохая коррекция) может негативно повлиять на когнитивные нарушения.

Исследования для уточнения других возможных причин проблем с памятью


- Проведите обследование на предмет потенциально обратимых состояний:
 - температура;
 - артериальное давление и пульс;
 - аускультация сердца и легких.
- Расширьте эти исследования по показаниям.

Неврологическое исследование

Проведите неврологическое обследование, если подозреваете:

- Инфаркт мозга, кровоизлияние в мозг или субдуральную гематому:
 - нарушение походки;
 - очаговые неврологические симптомы;
 - рефлекторные различия;
 - парез;
 - нарушение глазодвигательных функций или полей зрения.
- Паркинсонизм:
 - брадикинезия;
 - тремор покоя;
 - повышение мышечного тонуса;
 - постуральная нестабильность.
- Гидроцефалия нормального внутричерепного давления:
 - неуверенная широкая походка и недержание мочи.

Интерпретация оценок по опроснику MMSE и тесту "Рисование часов" для диагностики деменции

Инструмент	Шкала ответов и интерпретация
Краткая шкала оценки психического статуса. Опросник MMSE / Тест Фольштейна	<ul style="list-style-type: none"> • Максимальный балл – 30. • Оценка < 24 указывает на деменцию. • Чем ниже оценка, тем больше вероятность когнитивного нарушения.
Тест "Рисование часов" 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка 0: нет круга, неправильные цифры и неправильное время. • Оценка 1: 1 из 3 пунктов правильно. • Оценка 2: 2 из 3 пунктов правильно. • Оценка 3: идеальные часы. <p>Любой результат, который не соответствует точным часам, может свидетельствовать о деменции.</p>

6. Дополнительные методы исследования.

Лабораторное и инструментальное обследование

На втором этапе необходим поиск возможных причин деменции. 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.

Следует учитывать, что госпитализация пациента необходима обычно в тех случаях, когда подозревается потенциально излечимая причина деменции (нейросифилис, болезнь Вильсона, субдуральная гематома, опухоль головного мозга, нормотензивная гидроцефалия и др.), и пациенту необходимы обследования, которые невозможно выполнить амбулаторно. Госпитализация пациента с наиболее частыми формами деменции (при БА, сосудистой 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.

7. Оценка информации и дифференциальная диагностика

Для диагностики деменции необходимо, чтобы ВОП осмотрел пациента несколько раз.

Диагностика только на основании анамнеза со слов ухаживающего лица недостаточна.

Критерии диагностики деменции

Диагностируйте деменцию, если есть когнитивные или поведенческие симптомы, которые:

- 1) мешают повседневному функционированию;
- 2) явно ухудшились по сравнению с предыдущим уровнем функционирования;
- 3) не объясняются бредом или депрессией;
- 4) диагностированы на основе анамнеза и объективной оценки когнитивных функций (MMSE и тест "Рисование часов");
- 5) приводят к когнитивным нарушениям в 2-х и более из следующих областей:
 - умение хранить и запоминать новую информацию;
 - рассуждение и выполнение сложных задач, суждение;
 - зрительно-пространственные функции (просмотр и обработка пространственной информации);
 - речевые функции;
 - поведение и личность.

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 [4]:

- 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.

Более редкие формы деменции

В контексте возможного направления для дальнейшей диагностики проверьте, есть ли признаки менее распространенной формы деменции, чем деменция при болезни Альцгеймера или сосудистая деменция:

- нейрокогнитивное расстройство при болезни Паркинсона;
- деменция с тельцами Леви: колебания когнитивных функций и уровня внимания, зрительные галлюцинации и паркинсонизм;
- лобно-височная деменция: часто начинается до 65 лет, вначале преобладают поведенческие нарушения при относительной сохранности функций памяти.

Когнитивные нарушения, не являющиеся деменцией

Легкие нарушения памяти и, возможно, других когнитивных функций, при которых пациент функционирует нормально, не редкость в пожилом возрасте и обычно не являются предвестником деменции.

Дальнейшая тактика зависит от запроса о помощи:

- предложите, если нет запроса о помощи, повторить диагностику через 6 месяцев или раньше, если жалобы усиливаются;
- в случае сомнений в диагностике рассмотрите возможность направления пациента на консультацию к профильному специалисту.

8. Общие принципы ведения деменции

Психообразование

Спросите пациента, страдающего деменцией, хочет ли он знать диагноз, и кому еще можно сообщить о нем.

Предоставьте пациенту и/или лицам, осуществляющим уход, основную информацию, не перегружая излишней, таким образом, чтобы они могли понять и запомнить её.

Важная информация:

- Деменция – это заболевание, которое с течением времени имеет тенденцию к ухудшению.
- Несмотря на то, что лечения деменции не существует, есть много способов оказания помощи пациенту и его семье.
- Можно устранять многие конкретные проблемы по мере их возникновения. Можно многое сделать для того, чтобы жизнь человека стала комфортнее, и снизился стресс у лица, осуществляющего уход.

Коррекция поведенческих и психопатологических симптомов

- Выявите и лечите другие заболевания, которые могут влиять на поведение.
- Определите события (например, покупки на оживленном рынке, выход из дома в одиночку), которые могут усугублять проблемное поведение. Рекомендуйте устранять, если возможно, эти иницирующие факторы.
- Примите меры по адаптации окружающих пациента условий для снижения риск падения и/или травмирования и дезориентации.
- Стимулируйте успокаивающие или отвлекающие стратегии.
- Рекомендуйте заниматься деятельностью, приносящей удовольствие: ходить на прогулку в безопасных районах, слушать музыку, общаться с людьми и т. д.).

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, оборудуйте подходящие места для сидения. Целесообразно, если необходимо, установить поручни и пандусы. Повесьте знаки, указывающие на основные помещения в доме (например, знак «нет выхода» на входной двери, туалет, ванная комната, спальня), которые помогут человеку не заблудиться или не потерять ориентацию. При необходимости для снижения риска дезориентации уберите из квартиры зеркала.

- Побуждайте пациента к ежедневной физической активности для поддержания подвижности и снижения риска падений.
- 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 присутствующих 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. Стараться 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, осуществляющего уход, и его потребности для обеспечения необходимой поддержки и ресурсов для его семейной жизни, работы, социальной деятельности и здоровья.
- **Акцентируйте внимание на том, что уход за людьми с деменцией может быть чрезвычайно сложным делом.** Необходимо побуждать лицо, осуществляющее уход, уважать достоинство человека с деменцией и избегать враждебного или пренебрежительного отношения к нему.
- Побуждайте лиц, осуществляющих уход, обращаться за помощью, в случае трудности или напряжения в связи с уходом за любимым человеком.
- Проинформируйте лицо, осуществляющее уход, о деменции, учитывая пожелания человека с деменцией.
- Окажите помощь и проведите обучение конкретным навыкам, например, по управлению трудным поведением в случае необходимости. Для лучшего результата добейтесь активного участия, например, с помощью ролевых игр.
- По возможности рассмотрите оказание практической помощи, например, когда надо временно заменить лицо, осуществляющее уход на дому. Другая семья или подходящий для этой цели человек может наблюдать, контролировать и ухаживать за человеком с деменцией, чтобы позволить основному лицу, осуществляющему уход, отдохнуть или заняться другими делами.
- Выясните, может ли претендовать данное лицо на какое-либо пособие по инвалидности или другой вид социальной или финансовой поддержки (правительственной или неправительственной).

9. Фармакологическое лечение деменции

Общие принципы:

- Не предписывайте антихолинэстеразные средства (донепезил, галантамин и ривастигмин) или мемантин неизменно для всех случаев деменции.
- Рассмотрите возможность назначения лекарственных препаратов только в случаях, когда поставлен диагноз болезни Альцгеймера.
- Для лечения смешанной деменции с сопутствующим сосудистым заболеванием рекомендуется мемантин.

В настоящее время для лечения деменции при болезни Альцгеймера, а также смешанной деменции используются 3 препарата из группы ингибиторов ацетилхолинэстеразы: донепезил, ривастигмин и галантамин, из которых в Беларуси зарегистрирован **донепезил**. Он назначается по 5 мг 1 раз в день, доза может быть увеличена до 10 мг/сут. Все используемые сегодня современные ингибиторы ацетилхолинэстеразы обладают сопоставимой эффективностью. По достижении терапевтической дозы положительный эффект отмечается приблизительно у 50–70 % пациентов. Он выражается в улучшении или стабилизации памяти, других когнитивных функций, уменьшении выраженности поведенческих нарушений, повышении или стабилизации уровня независимости и самостоятельности.

Донепезил и другие антихолинэстеразные препараты могут быть использованы также при лечении деменции с тельцами Леви и деменции при болезни Паркинсона. Лечение рекомендуют продолжать неопределенно долгое время, в ряде случаев пожизненно. Как правило, достигнутое в начале терапии улучшение сохраняется в течение 6–12 месяцев. Затем, в силу естественного прогрессирования заболевания, происходит нарастание выраженности когнитивных и других нервно-психических расстройств. Отмена препарата допустима на стадии тяжелой деменции, когда нет уверенности в его эффективности.

Приблизительно у 10–15 % пациентов, получающих ацетилхолинэргическую терапию, возникают побочные эффекты в виде тошноты, рвоты, диареи, потери аппетита и снижения веса. В этих случаях рекомендуется уменьшить используемую дозу препарата, так как побочные эффекты носят дозозависимый характер. Особая осторожность необходима при использовании ингибиторов ацетилхолинэстеразы у пациентов с заболеваниями печени, синдромом слабости синусового узла, брадикардией, бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, эпилепсией. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы противопоказаны при тяжелой почечной и печеночной недостаточности.

Из неацетилхолинэргических препаратов доказанной эффективностью при болезни Альцгеймера и смешанной деменции обладает **мемантин**, представляющий собой обратимый блокатор постсинаптических NMDA-рецепторов.

Доза мемантина титруется в начале терапии по следующей схеме:

- 1-я неделя – 5 мг 1 раз в день, утром;
- 2-я неделя – 5 мг 2 раза в день, утром и днем;
- 3-я неделя – 10 мг утром, 5 мг днем;
- 4-я неделя и далее постоянно – 10 мг 2 раза в день, утром и днем.

Возможно дальнейшее повышение дозы препарата до 30 мг/сут.

Мемантин может назначаться в качестве монотерапии или в комбинации с ингибиторами ацетилхолинэстеразы. По некоторым данным, комбинированная терапия оказывает максимально выраженный положительный эффект.

При появлении у пациентов с деменцией психотических расстройств (бредовых, галлюцинаторных, делирия), агрессивного поведения, возбуждения необходимо провести тщательное обследование для исключения присоединившейся соматической патологии или декомпенсации соматических заболеваний (инфекция мочевыводящих путей, патология сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, бронхолегочная инфекция и т. п.). Необходимо также исключить интоксикацию, в т. ч. медикаментозную, и нежелательные холинолитические эффекты медикаментозных средств.

Для терапии поведенческих и психических нарушений при деменции используются следующие группы препаратов: **антипсихотики, антидепрессанты, противосудорожные средства и анксиолитики**. Наиболее часто используемые для этого лекарственные средства указаны в Приложении 5.

Использование антипсихотиков повышает смертность среди пожилых пациентов с деменцией, их следует использовать только в том случае, если симптомы являются серьезными и дезадаптирующими. Если при назначении антипсихотического препарата в течение 5–7 дней состояние пациента не улучшается выбранный антипсихотик должен быть заменен другим. Антипсихотическая терапия назначается на 3–4 недели, после редукции психотических и поведенческих расстройств дозу препарата постепенно снижают, а затем его отменяют.

Если на фоне отмены или снижения суточной дозы психопатологическая симптоматика появляется вновь или усиливается, лечение продолжают в прежней терапевтической дозе. Оптимальными антипсихотиками по соотношению эффективности и безопасности являются рисперидон, оланзапин и кветиапин, при их неэффективности допустимо использовать галоперидол.

Следует учитывать, что при лечении деменции при болезни Паркинсона допустимо использование только кветиапина или клозапина, использование других антипсихотиков категорически противопоказано.

10. Контрольные посещения и наблюдение

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

- побочные эффекты лекарственных средств.
Если человек принимает антипсихотические средства, проверьте наличие экстрапирамидных симптомов.
При их наличии рекомендуется уменьшить их дозировку;
- 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 психологические симптомы;
- симптомы депрессии или реальный риск самоповреждения/суицида;
- потребности лиц, осуществляющих уход.

Если у человека стабильное состояние

(не наблюдается ухудшения симптомов или снижения функций; или при наличии поведенческих/психологических симптомов есть ли улучшения?):

- Проводите консультации как минимум каждые 3 месяца.
- Если человек принимает лекарственные препараты, проводите консультации ежемесячно.

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.

11. 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 в сомнительных случаях);
- подозрение на деменцию в возрасте до 65 лет.
- признаки особой формы деменции, отличной от болезни Альцгеймера или сосудистой деменции, такой как:
 - лобно-височная деменция,
 - деменция с тельцами Леви,
 - 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.

Список литературы

1. Грэм, Н., Уорнер, Д. Поговорим о болезни Альцгеймера. Карманный справочник для ухаживающих за близким с деменцией. – М. : Олимп-Бизнес, 2020. – 138 с.
2. Деменция / Ханс Фёрстл, Альфред Мелике, Клаус Вайхель ; пер. с нем. ; под общ. ред. О.С. Левина. – М. : МЕДпресс-информ, 2015. – 112 с.
3. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике: Руководство для врачей. – М. : МИА, 2010. – 592 с.
4. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики» : утв. постановлением Министерства здравоохранения Респ. Беларусь «Об утверждении клинического протокола», 2 марта 2020 г., № 13.
5. Левин, О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции / О.С. Левин. – 8-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 192 с.
6. Левин, О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции в клинической практике / О.С. Левин. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2021. – 448 с.
7. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний: Подходы к ведению больных / под ред. К.Г. Ликетсосу, П.В. Рэбинса, Дж.Р. Липси, Ф.Р. Слэвни ; пер. с англ. под ред. акад. РАН Н.Н. Яхно. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 328 с.
8. Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Версия 2.0 [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333971>.
9. Стал, В.М., Морриссетт, Д.Э. Иллюстрации доктора Стала. Болезнь Альцгеймера и другие деменции. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 240 с.
10. Уэймен, Л. Поговорим о деменции. В помощь ухаживающим за людьми с потерей памяти, болезнью Альцгеймера. – М. : Олимп-Бизнес, 2018. – 280 с.

**Психологическая поддержка родственников пациента,
рекомендации по уходу за пациентом с деменцией**

Деменция снижает качество жизни не только самого пациента, но и его ближайших родственников. При этом в ряде случаев родственники страдают даже в большей степени, чем сам пациент. Поэтому консультирование и поддержка родственников являются важной составной частью мероприятий по ведению пациента. Причины стресса, переживаемого родственниками, разнообразны. Во-первых, это переживания за любимого человека, заболевшего тяжелым прогрессирующим и инвалидизирующим заболеванием. Во-вторых, беспомощность родственникам могут доставлять поведенческие расстройства. Наконец, существенные трудности в жизни родственников возникают в связи с необходимостью изменить свой образ жизни в период ухода за заболевшим. Очень важно предоставить родственникам полную и подробную информацию о диагнозе, сути заболевания, имеющихся и ожидаемых в будущем симптомах. Следует объяснить, как следует себя вести с пациентом в различных ситуациях, как относиться к тем или иным симптомам. Особое внимание необходимо обратить на те симптомы, которые связаны с особым риском для пациента и окружающих. К числу таких симптомов относится, в частности, склонность к бесцельному бродяжничеству при наличии трудностей ориентировки на местности.

При уходе за пациентом с деменцией рекомендуется соблюдение следующих правил:

1. Вся окружающая человека обстановка должна быть как можно более привычной – мебель та же, что и ранее, все вещи должны стоять на одних и тех же местах, не рекомендуется вносить в обстановку любые перемены, новшества и усовершенствования. Такими же привычными должны быть предметы обихода и другие вещи, которыми человек пользуется. Обувь и одежда должны быть простыми, легко одеваемыми и снимаемыми, если они износились, их нужно заменить точно такими же новыми. Даже несущественные, на взгляд человека среднего возраста, изменения в обуви и одежде – например, другая застежка или размер пуговиц – могут привести к тому, что пожилой человек потеряет возможность самостоятельно одеваться.
2. Распорядок дня пациента должен быть как можно более точным и рутинным – подъем, еда, занятость, сон в одно и то же время. Необходимо поощрять любые правильные формы поведения и сохраненные навыки пациента, пытаться занять его любой деятельностью, к которой он привык и с которой еще в состоянии справиться, – это может быть чистка овощей, вязание, мытье посуды или чтение газет, – пусть даже эта деятельность и не имеет практической пользы.
3. Деменция прогрессирует тем быстрее, чем беднее различными стимулами и раздражителями окружающая человека среда и чем меньше он упражняет свои когнитивные функции. Поэтому пациент не должен надолго оставаться в одиночестве, с ним необходимо постоянно разговаривать, тренировать его память, сообразительность и способность к ориентировке («Какой сегодня день недели?», «Который сейчас час?», «Что ты сегодня утром прочитал в газете?», «Как зовут этого телеведущего?» и т. п.), а также как бы заново учить простым привычным вещам и отмечать любые его успехи в этом направлении.

4. Необходимо обеспечить освещение в ночное время и систему ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему помещений и предметов – повесить на стене на уровне лица нужные указатели, надписи, символы; это особенно необходимо там, где больной живет в большом отдельном доме или квартире с большим числом комнат, либо недавно переехал жить на новое место – из деревни в городскую квартиру. В таких случаях потеря навыков опрятности нередко бывает обусловлена трудностью нахождения дороги в туалет в ночное время.
5. Источником частых конфликтов и страданий для пациента и его близких является соблюдение навыков опрятности, и именно это часто оказывает решающее влияние на согласие родственников продолжить уход за пациентом в домашних условиях. Для того чтобы эти навыки сохранялись как можно дольше, нужно делать следующее: водить пациента в туалет не в зависимости от его желания, а через равные промежутки времени (например, каждые 2 часа), всячески поощрять любые успехи больного в сохранении этих навыков. В то же время не следует вмешиваться в процесс физиологических отпавлений пациента больше, чем это на данном этапе требуется, так как такое вмешательство может расцениваться им как унижение, вызывать реакции гнева и протеста и вести к ухудшению отношений с близкими. Лучше действовать по следующей схеме: наблюдать за пациентом, решить, с какой частью этой работы он в состоянии справиться сам, а в чем нуждается в помощи, и далее оказывать ее только в этом объеме, не вмешиваясь в то, что пациент делает самостоятельно. Вполне понятно, что пределы этой помощи по мере прогрессирования болезни будут постепенно увеличиваться – так, на первых ее этапах никакой помощи не требуется, затем достаточно просто напомнить пациенту о посещении туалета, затем – проводить до двери, затем – помочь расстегнуть одежду и т. д.
6. Несмотря на то, что эмоциональный фон больного на средней стадии болезни чаще беспечно-благодушный, настроение его может меняться, в т. ч. по незначительным причинам, и иногда поведение его может становиться агрессивным. В таких случаях нужно, прежде чем использовать лекарства, попытаться найти причины агрессии, которая часто является психологической реакцией пожилого человека на происходящее – попыткой протестовать, отстаивать свои права или обратить на себя внимание.

Поведенческая проблема	Чего избегать	Что стараться делать
Вечером она спрашивает, где ее мама. Когда я напоминаю, что она умерла 20 лет назад, то слышу обвинения во лжи.	Спорить или вразумлять (например, «Твоя мама умерла. Неужели ты не помнишь?»). Расстраиваться и раздражаться (например, «Я уже десять раз объясняла тебе, а ты все продолжаешь...»).	Отвечать спокойным и убедительным голосом Фокусироваться на эмоциях пациента (в данном случае это тоска в связи с разлукой с матерью), например: «А какой была ваша мама? Что вы больше всего любили делать вместе?» Использовать приемы отвлечения внимания (перекус, прогулка, телевизор). Попытаться перевести разговор на другую тему (например, «Я помню, твоя мама любила фигурное катание. А ты не знакома с девушкой из нашего района, которая выиграла соревнования по фигурному катанию?»).

Поведенческая проблема	Чего избегать	Что стараться делать
Он вырывается из моих рук всякий раз, когда я пытаюсь одеть его.	Торопить пациента, использовать многошаговые инструкции, например, «Надень рубашку и застегни ее на пуговицы». Проявлять упорство при безуспешных попытках коррекции поведения.	Подготовить все вещи заранее, до начала выполнения задачи. Учитывать влияние боли или другой проблемы медицинского характера, мешающей выполнению задачи. Использовать простые пошаговые инструкции, например, «Просунь руку в рукав».
Целый день он сидит и смотрит телевизор, отказывается от любых других занятий.	Призывать к активности («Ты сидишь здесь целый день. Ты должен встать и заняться чем-нибудь».) Спрашивать пациента о его желании что-либо сделать в расчете на ответ в формате да – нет, например, «Хочешь пойти прогуляться?» Предлагать сразу несколько вариантов занятий (например, «Мы могли бы поиграть в карты, или ты мог бы мне помочь накрыть на стол».)	Использовать мягкие команды и указания вместо просьб (например, «Сядь к столу, я как раз подготовила все для игры в карты».) Предлагать один вариант действий вместо нескольких (например, «Сейчас у нас время для прогулки».)
Она отказывается выполнять предписания врача (речь идет о приеме лекарств или программе еженедельных занятий).	Спорить или вразумлять (например, «Неужели вы не понимаете, что будет, если у вас сильно повысится давление».)	Говорить пациенту, что предстоит сделать, в последний момент. Планировать выполнение приятных пациенту заданий после нелюбимых.
Он просыпается каждую ночь и бесцельно бродит несколько часов.	Использовать снотворные средства до того, как будут исчерпаны возможности нелекарственной терапии.	Увеличить физические нагрузки, минимизировать дневной сон. Создавать комфортные условия для сна (температура в комнате, удобная постель, устранение шума) Прибегать к мерам предосторожности в доме (замки на дверях, отсутствие напольных ковриков для минимизации риска падений).

**Краткая шкала оценки психического статуса
(MMSE – Mini Mental State Examination, тест Фольштейна)**

Когнитивная сфера	Оценка (баллы)	
<p>1. Ориентировка во времени Специалист просит пациента полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Если пациент не называет все сразу, то специалист может задавать уточняющие вопросы.</p>	0 – 5	<p>5 баллов, если человек самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если названо только число спрашивают: «Какого месяца?», «Какого года?», «Какой день недели?». Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.</p>
<p>2. Ориентировка на месте Специалист спрашивает: «Где мы находимся?» Пациент должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором находится, номер комнаты (или этаж). Если человек отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы.</p>	0 – 5	<p>Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает максимальный балл (5) на 1 балл.</p>
<p>3. Восприятие Специалист просит пациента прослушать и повторить 3 слова, не связанных между собой (например, яблоко – стол – монета или автобус – дверь – роза). [Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью 1 слово в секунду.] При этом пациента предупреждают, что им нужно будет повторить через несколько минут.</p>	0 – 3	<p>Правильное повторение каждого из 3-х слов оценивается в 1 балл. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы человек правильно их повторил. Однако оценивается в баллах лишь первое повторение.</p>
<p>4. Концентрация внимания Пациента просят отнять от 100 7 и так 5 раз подряд: (100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65). При ошибке 1 раз можно спросить, уверен ли он в ответе. Если ответ был указан неправильно, просят далее отнимать из правильного числа (например, 100 – 7 был дан ответ 94, тогда далее спрашивают, сколько будет 93 – 7). Если пациент не способен выполнить это задание, его просят произнести слово "земля" (или "столб") сначала по буквам вперед (без оценки), потом по буквам – в обратном порядке (оценивайте «1» каждую букву в правильном месте слова).</p>	0 – 5	<p>За каждое правильное вычитание добавляется 1 балл. При произнесении слова наоборот за каждую букву в правильном месте слова начисляется 1 балл. Например, если произносится «ямлез» вместо «ялмез» ставится 4 балла и т. д.</p>

5. Память Специалист просит пациента вспомнить слова, которые заучивались в п. 3.	0 – 3	Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл.
6. Речевые функции 6.1. Специалист показывает пациенту два обычных предмета (например, ручку и часы) и спрашивает, как это называется. 6.2. Специалист просит пациента выслушать и повторить предложение сложной конструкции: «Никаких если, и или но» или «Одно нынче лучше двух завтра».	0 – 2 0 – 1	За каждый правильно названный ответ начисляется 1 балл. Дается 1 попытка, при правильном повторе начисляется 1 балл.
7. Выполнение 3-этапной команды Специалистом устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение 3-х действий. Например: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол».	0 – 3	За каждое правильно выполненное действие начисляется 1 балл.
8. Прочтите и выполните Специалист передает пациенту лист бумаги, на котором написаны 3 команды. Пациента просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги: 1. Закройте глаза. 2. Напишите предложение. Правильное выполнение 2-й команды предусматривает, что пациент должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. В предложение должны входить существительное и глагол, а также само оно должно иметь значение. 3. Перерисуйте фигуру (два пересекающихся пятиугольника). При выполнении 3-й команды человеку дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Размер предлагаемых для перерисовки пятиугольников должен быть не менее 1,5 см для одной грани/стороны.	 0 – 1 0 – 1 0 – 1	За правильное выполнение каждой из команд дается 1 балл. Не следует учитывать ошибки правописания. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или линии оказываются не соединены, выполнение команды считается неправильным. Искажения фигур, обусловленные тремором не учитываются.

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

- | | |
|--------------|--|
| 28–30 баллов | – нет нарушений когнитивных функций; |
| 24–27 баллов | – преддементные когнитивные нарушения; |
| 20–23 балла | – деменция легкой степени выраженности; |
| 11–19 баллов | – деменция умеренной степени выраженности; |
| 0–10 баллов | – тяжелая деменция. |

Краткая форма гериатрической шкалы оценки депрессии

1. Удовлетворены ли Вы в целом своей жизнью?	ДА	НЕТ
2. Вы забили многие из своих интересов и видов деятельности?	ДА	НЕТ
3. Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	ДА	НЕТ
4. Часто ли Вам становится скучно?	ДА	НЕТ
5. Пребываете ли Вы большую часть времени в хорошем настроении?	ДА	НЕТ
6. Боитесь ли Вы, что с Вами случится что-то плохое?	ДА	НЕТ
7. Чувствуете ли Вы себя счастливым большую часть времени?	ДА	НЕТ
8. Часто ли Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	НЕТ
9. Предпочитаете ли Вы остаться дома вместо того, чтобы сходить куда-нибудь и заняться чем-нибудь новым?	ДА	НЕТ
10. Чувствуете ли Вы, что у Вас больше проблем с памятью, чем у большинства людей?	ДА	НЕТ
11. Считаете ли Вы, что жить замечательно?	ДА	НЕТ
12. Чувствуете ли Вы себя в данный момент ненужным?	ДА	НЕТ
13. Чувствуете ли Вы себя полным энергии?	ДА	НЕТ
14. Считаете ли Вы, что Ваш случай безнадежен?	ДА	НЕТ
15. Считаете ли Вы, что большинство людей лучше Вас?	ДА	НЕТ

Оцените каждый выделенный жирным шрифтом ответ в 1 балл.

Оценка > 5 баллов позволяет предположить наличие депрессии.

Оценка > 10 баллов в большинстве случаев указывает на депрессию.

Оценка > 15 баллов указывает на необходимость тщательного обследования.

Корнельская шкала депрессии

Аффективные симптомы	
1	<u>Тревога, озабоченность.</u> Проявлялась ли за последнюю неделю тревога в поведении? Тревожился ли больной о чем-то, что обычно не вызывает у него тревоги? Проявлял ли озабоченность в связи с незначимыми событиями и безобидными ситуациями?
2	<u>Печаль, слезливость.</u> Находился ли больной в подавленном состоянии? Как долго продолжалось такое состояние? Случалось ли ему плакать? Сколько раз за последнюю неделю?
3	<u>Отсутствие реакции на позитивные события.</u> В состоянии ли больной обрадоваться приятным событиям или новостям?
4	<u>Раздражительность.</u> Насколько легко больной выходит из себя? Проявлялись ли у больного раздражительность и нетерпимость на этой неделе?
Поведенческие расстройства	
5	<u>Возбуждение, беспокойство.</u> Проявлял ли больной беспокойство, выражающееся в неспособности сидеть спокойно по меньшей мере один час? Отмечались ли такие признаки беспокойства, как заламывание рук, кусание губ, перебор волос?
6	<u>Заторможенность (движений, речи, реакций).</u>
7	<u>Жалобы на физическое состояние.</u> Жаловался ли больной чаще, чем обычно, на нарушенное пищеварение, запоры, диарею, мышечную боль, учащенное мочеиспускание, потливость, головные боли или другие проблемы? Насколько серьезны были эти жалобы? Часто ли случались? (Если проблемы затрагивают исключительно пищеварительный тракт, баллы не начисляются.)
8	<u>Потеря интереса, отказ от привычных повседневных занятий.</u> Как прошла последняя неделя? Занимался ли больной обычными делами? В нормальном объеме или меньше? (Если интерес к повседневным делам утрачен давно, баллы не начисляются.)
9	<u>Снижение аппетита.</u> Снизился ли аппетит за последнюю неделю? Приходилось ли убеждать больного поесть?
10	<u>Потеря веса.</u> (При потере больше двух килограммов ставятся 2 балла.)
11	<u>Упадок сил, быстрая утомляемость.</u> Как часто больной жаловался на усталость? Нуждался ли в дневном сне, вызванном усталостью? Испытывал ли тяжесть в конечностях? (Оценивается только в случае заметных изменений за последний месяц.)

Циклические функции	
12	<p><u>Суточные колебания настроения.</u> Отмечалось ухудшение настроения? В какое время суток? Насколько серьезным было ухудшение по утрам? (Оценивается только <u>ухудшение настроения в утренние часы.</u>)</p>
13	<p><u>Проблемы засыпания, отход ко сну в более позднее время</u> (проблема возникала эпизодически или повторялась каждый вечер).</p>
14	<p><u>Ночные пробуждения.</u> Просыпался ли больной среди ночи? Как долго не мог после этого заснуть? Поднимался ли с постели? (Не оценивается, если больной просыпался, чтобы сходить в туалет.)</p>
15	<p><u>Преждевременные утренние пробуждения.</u> Если они имели место, насколько раньше просыпался больной? Оставался ли в постели после утреннего пробуждения или поднимался?</p>
Идеаторные нарушения	
16	<p><u>Суицидальные настроения.</u> Выражал ли больной мысль о том, что жизнь не стоит того, чтобы жить? Проявлял ли суицидальные настроения? Совершал ли попытки причинить себе <u>ущерб</u> или покончить с жизнью?</p>
17	<p><u>Снижение самооценки, ощущение вины, самобичевание.</u> Проявлял ли больной склонность к самокритике? Оценивал ли производимые им действия как неудачные или неправильные? Выражал ли чувство вины за то, что сделал или не стал делать?</p>
18	<p><u>Пессимизм.</u> Выражал ли больной ожидания худшего? Был ли в состоянии замечать улучшения в ситуации? Оказывался ли восприимчив к позитивной поддержке со стороны близких?</p>
19	<p><u>Бред ущерба, болезни или нищеты.</u> Высказывал ли больной странные идеи? Считает ли он свое заболевание наказанием свыше? Дает ли другие иррациональные объяснения проблеме? Верит ли он в несуществующие финансовые или иные материальные проблемы?</p>

Оценка симптомов проводится на основе наблюдения за пациентом, интервью с пациентом и ухаживающим лицом.

Симптомы не оцениваются, если они вызваны соматическим заболеванием.

Каждый из ответов оценивается по трехбалльной шкале:

- 0 – при отсутствии признаков,
- 1 – при эпизодическом или незначительном их проявлении,
- 2 – при регулярном проявлении.

Если сумма баллов превышает значение 10,
есть основания подозревать у пациента депрессию.

Сумма более 18 баллов свидетельствует о выраженной депрессии.

Лекарственные средства, используемые для коррекции психических и поведенческих нарушений при деменции

Группа лекарственных средств	Симптом-мишень	Лекарственные средства	Дозы, мг/сут
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

Содержание

1. Определение	3
2. Общая характеристика деменции	3
3. Этиология деменции	5
4. Особенности сбора анамнеза для диагностики деменции	6
5. Объективное обследование.....	7
Физикальное обследование	7
Исследования для уточнения других возможных причин проблем с памятью	8
Неврологическое исследование	8
6. Дополнительные методы исследования.	
Лабораторное и инструментальное обследование	9
7. Оценка информации и дифференциальный диагноз	9
Критерии диагностики деменции	9
Дифференциальная диагностика	10
Более редкие формы деменции	10
Когнитивные нарушения, не являющиеся деменцией	10
8. Общие принципы ведения деменции	11
Психосообразование	11
Коррекция поведенческих и психопатологических симптомов	11
Рекомендации для лиц, осуществляющих уход	11
Меры по улучшению когнитивного функционирования	12
Оказание поддержки лицу, осуществляющему уход	12
9. Фармакологическое лечение деменции	13
10. Контрольные посещения и наблюдение	15
11. Показания для направления к профильным специалистам для дополнительной диагностики и/или лечения	16
Список литературы	17
ПРИЛОЖЕНИЯ:	
Приложение 1. Психологическая поддержка родственников пациента, рекомендации по уходу за пациентом с деменцией	18
Приложение 2. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE, тест Фольштейна)	21
Приложение 3. Краткая форма гериатрической шкалы оценки депрессии	23
Приложение 4. Корнельская шкала депрессии	24
Приложение 5. Лекарственные средства, используемые для коррекции психических и поведенческих нарушений при деменции	26

Производственно-практическое издание

ИНСТРУКЦИЯ
о порядке организации оказания медицинской помощи
пациентам с деменцией

(для врачей общей практики, медицинских сестер
и помощников врачей первичной медицинской помощи)

Редактор

С.Н. Беляковский

Корректоры

А.С. Симанькова

Подписано в печать 27.09.2022 г. Формат 60х90/16.

Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 1,75. Уч.-изд. л. 1,4. Тираж 1020 экз. Заказ 1322 [7 LTA WHO 2021].

Издатель и полиграфическое исполнение – **ООО «Белсэнс»**

Свидетельства о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/384 от 01.07.2014 г. № 3/677 от 23.07.2014 г.

Беларусь, 220029, г. Минск, ул. Чичерина 19, офис 202
тел./факс + 375 17 378-4-378 e-mail: order@belsens.by

Рассматриваемые распространенные состояния (код по МКБ-10):

1	Деменция при болезни Альцгеймера (G30.-†)	F00*
2	Сосудистая деменция	F01
3	Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках	F02*
4	Деменция неуточненная	F03

Основные положения

- Деменция — это синдром, при котором происходит деградация памяти, мышления, поведения и способности выполнять ежедневные действия.
- Деменция поражает, в основном, пожилых людей, но она не является нормальным состоянием старения.
- Во всем мире насчитывается около 50 млн людей с деменцией, и ежегодно происходит почти 10 млн новых случаев заболевания.
- Болезнь Альцгеймера является наиболее распространенной причиной деменции — на нее приходится 60–70 % всех случаев.
- Деменция — одна из основных причин инвалидности и зависимости среди пожилых людей во всем мире.
- Деменция оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие не только на страдающих ею людей, но и на и на людей, осуществляющих уход за ними, на семьи и общество в целом.

ISBN 978-985-7179-21-3



9 789857 179213

Инструкция описывает общие принципы диагностики, лечения, ведения пациентов с деменцией на этапе первичной медицинской помощи.

Целью инструкции является содействие своевременному выявлению и эффективному лечению деменции.