

# ДЕМЕНЦИЯ: лечение и ведение пациентов

Отдел ВОЗ по охране психического здоровья и зависимости от психоактивных веществ в 2008 г. начал реализацию Программы действий ВОЗ по ликвидации пробелов в лечении психических расстройств (Программа mhGAP). Основные задачи Программы mhGAP — усиление приверженности правительств, международных организаций и других заинтересованных сторон в выделении финансовых и кадровых ресурсов для лечения психических расстройств, а также расширение охвата основными мероприятиями стран с низким и средним уровнем дохода. С помощью этих поставленных целей в Программе mhGAP предоставляется руководство, основанное на фактических данных, и инструменты, позволяющие продвигаться к достижению целей Комплексного плана действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.

**Д**еменция — хронический и прогрессирующий синдром, обусловленный изменениями в головном мозге. Хотя это заболевание может возникнуть в любом возрасте, оно наиболее распространено среди пожилых людей. Во всем мире одной из главных причин инвалидности и несамостоятельности среди пожилых людей является деменция.

Это заболевание оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие на лиц, осуществляющих уход за такими больными, а также членов их семьи и общество в целом.

## 1. Оценка наличия симптомов деменции

### 1.1 Общие признаки деменции

Состояние здоровья, являющееся причиной слабоумия, вызывает изменения в умственных способностях, личностных качествах и поведении человека. У людей, страдающих деменцией, обычно возникают проблемы с памятью и навыками, необходимыми для осуществления повседневной деятельности. Деменция — это не часть нормального процесса старения. Наиболее распространенную причину деменции представляет болезнь Альцгеймера, которая также может быть вызвана различными заболеваниями и травмами головного мозга. Люди, страдающие деменцией, часто становятся забывчивыми или подавленными.

К наиболее распространенным симптомам деменции относят ухудшение контроля над эмоциональным состоянием, социальным поведением или мотивацией.

Люди с деменцией могут совершенно не осознавать этих изменений и не обращаться за специализированной помощью. Члены семьи могут замечать проблемы с памятью, изменения в личностных качествах и поведении, спутанность сознания, блуждание или невоздержанность. Однако некоторые пациенты, страдающие деменцией,

и лица, осуществляющие за ними уход, могут отрицать или преуменьшать серьезность потери памяти и связанных с этим проблем.

В большинстве случаев деменция приводит к снижению когнитивного функционирования и препятствует выполнению повседневных занятий, таких как умывание, одевание, прием пищи, личная гигиена и посещение туалета. Несмотря на то, что лечения этой болезни не существует, при ее распознавании на раннем этапе и применении поддерживающей терапии жизнь лиц с деменцией и осуществляющих уход за ними, может значительно улучшиться, а физическое здоровье, познавательная способность, активность и состояние пациента с деменцией могут оптимизироваться. Алгоритм оценки состояния пациента приведен на рисунке 1.

## 2. Психосоциальные вмешательства

### 2.1 Психообразование

Спросите людей, страдающих деменцией, хотят ли они знать диагноз и кому еще можно сообщить о нем.

Объясните болезнь таким образом, чтобы люди могли понять и запомнить информацию.

Предоставьте основную информацию (не перегружайте их при этом излишними данными!).

- Деменция — это болезнь головного мозга, которая имеет тенденцию ухудшаться с течением времени
- Несмотря на то, что лечения от нее не существует, есть много способов оказания помощи такому человеку и его семье
- Можно устранять многие конкретные проблемы по мере их возникновения. Можно многое сделать для того, чтобы жизнь таких больных стала комфортнее, а также снизить стресс у лица, осуществляющего уход

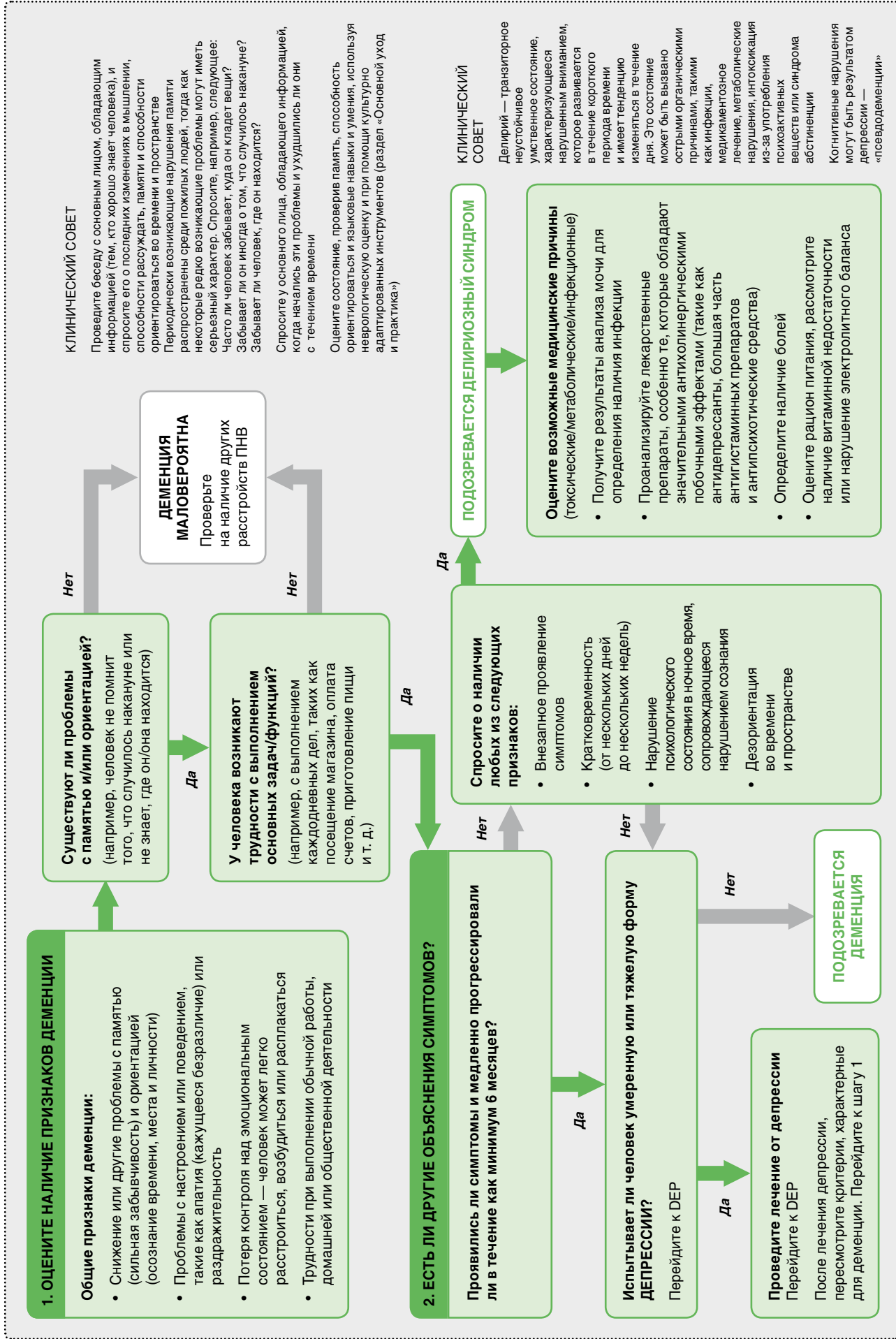


Рисунок 1. Алгоритм оценки состояния пациента

**КЛИНИЧЕСКИЙ СОВЕТ**

**Определите:**

- Кто в основном осуществляет уход?
- Кто еще обеспечивает уход и какую помощь они оказывают?
- Какие проблемы представляют трудностью?

**4. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОТРЕБНОСТИ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД**

Испытывает ли человек, осуществляющий уход, нервное напряжение или трудности, мешающие справиться с ситуацией?

Нет

Да

**Изучите возможность оказания психосоциальной помощи по временному уходу за пациентом, активизации сети поддержки сообщества и семейной индивидуальной терапии, если это возможно**

Находится ли лицо, осуществляющее уход, в подавленном состоянии?

Нет

Да

Для оценки депрессии в процессе лечения перейдите к DEP  
Попытайтесь снизить нервное напряжение при помощи оказания поддержки и психообразования

Лицо, осуществляющее уход, потеряло доход и/или тратит дополнительные средства из-за необходимости ухаживать за больным?

Нет

Да

Проведите консультирование для решения проблем или когнитивно-поведенческую психотерапию

**5. ПРИСУТСТВУЮТ ЛИ У ЧЕЛОВЕКА КАКИЕ-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ИЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДЕМЕНЦИИ?**

**Примеры поведенческих симптомов:**

- Блуждание
- Нарушение психологического состояния в ночное время
- Возбужденное состояние
- Агрессия

**Примеры психологических симптомов:**

- Галлюцинации
- Бред
- Беспокойное состояние
- Неконтролируемые эмоциональные всплески

Нет

Да

Перейти к протоколу 1

Перейти к протоколу 2

- Если есть реальный риск суицида, оцените состояние и окажите помощь, прежде чем переходить к протоколу
- Если у человека есть другие расстройства пнв, оцените состояние и окажите помощь, прежде чем перейти к протоколу

**3. ОПРЕДЕЛИТЕ НАЛИЧИЕ ДРУГИХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ**

**Подходит ли человек ПОД ЛЮБОЙ из следующих критериев?**

- Первые симптомы заболевания появляются у человека в возрасте до 60 лет
- Первое проявление симптомов вызвано травмой головы, инсультом или изменением уровня сознания или потерей сознания
- Наличие в анамнезе разрастания щитовидной железы, замедленного пульса, сухости кожи (гипотиреоза)
- Наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая ВИЧ/СПИД

Нет

Да

**Необычные признаки**

Проконсультируйтесь со специалистом

Да

Улучшение пищевого рациона и при необходимости контроль за весом тела

Нет

Присутствуют ли у человека факторы риска сердечнососудистых заболеваний?

- Гипертония
- Высокий уровень холестерина
- Диабет
- Курение
- Ожирение
- Болезни сердца (боль в груди, инфаркт миокарда)

Да

Направьте к соответствующему специалисту

**Уменьшите факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний:**

- Посоветуйте бросить курить
- Лечите гипертонию
- Посоветуйте диету для снижения веса для людей с лишним весом
- Лечите диабет

Нет

Да

• Предыдущий инсульт или транзиторная ишемическая атака (ТОА)

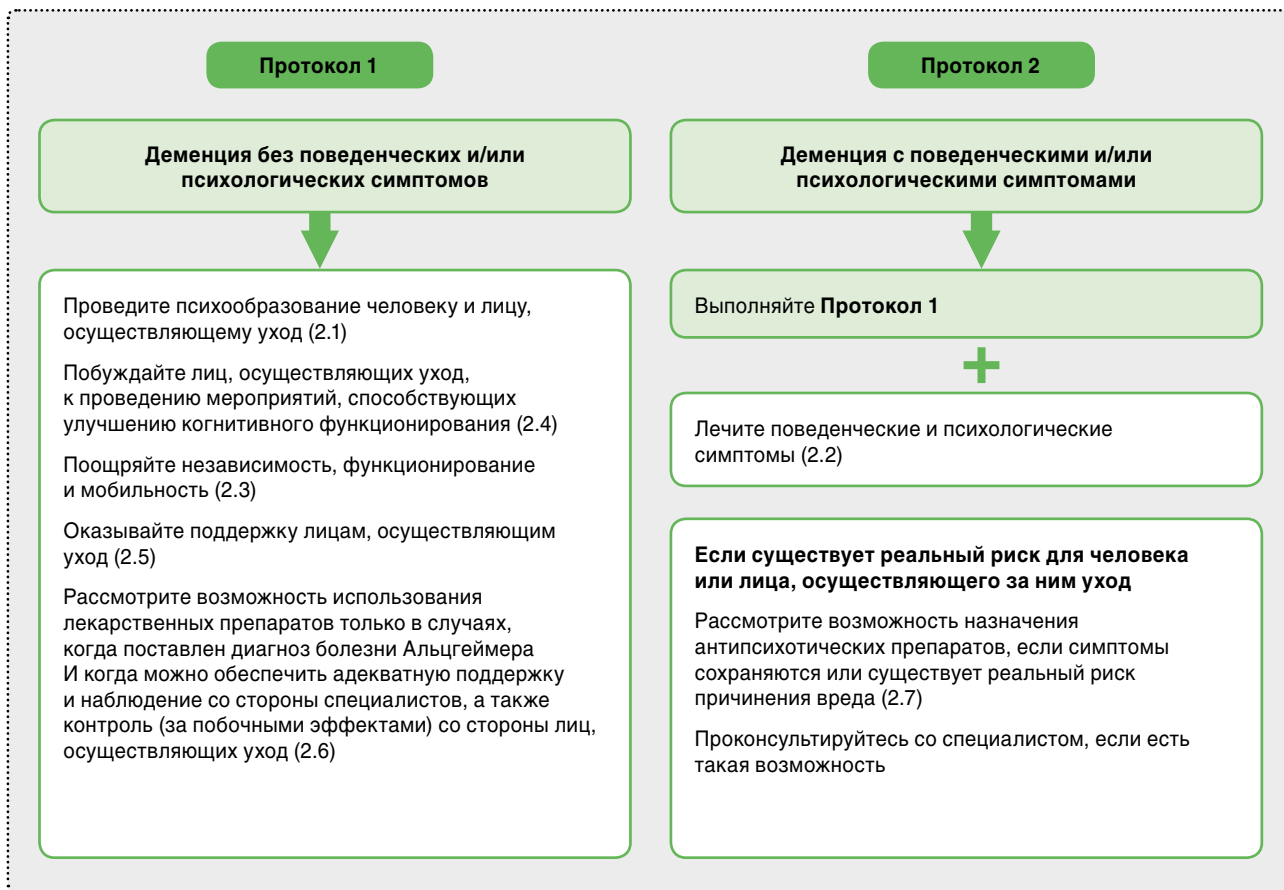


Рисунок 2. Протоколы лечения пациентов с деменцией

**2.2 Управление поведенческими и психологическими симптомами**

Выявите и лечите основные проблемы физического здоровья, которые могут влиять на поведение. Во время обследования определите наличие боли, инфекции и т. д. При необходимости проконсультируйтесь со специалистом (рис. 2).

Определите события (например, покупки на оживленном рынке) или факторы (например, выход из дома в одиночку), которые могут предшествовать, инициировать или усугублять проблемное поведение. Если возможно, измените эти инициирующие факторы.

Рассмотрите возможность адаптации окружающих условий (например, оборудование подходящего места для сидения), выбор безопасных районов для прогулок, установка указательных знаков (например, знака «нет выхода» на входной двери или указателя туалета).

Стимулируйте успокаивающие или отвлекающие стратегии. Рекомендуйте заниматься деятельностью, от которой человек получает удовольствие (например, ходить на прогулку, слушать музыку, общаться с людьми), особенно тогда, когда человек находится в возбужденном состоянии.

**2.3 Содействие выполнению ежедневных занятий и участию в общественной жизни**

Рекомендации относительно вмешательств, способствующих ежедневному функционированию и участию в общественной жизни, приведены на рисунке 3.

Планируйте ежедневные занятия таким образом, чтобы максимально развивать навыки самостоятельных действий, улучшать функции, помогать адаптироваться, развивать навыки и минимизировать потребность в поддержке. Содействуйте участию людей и лиц, осуществляющих уход за ними, в планировании и осуществлении этих мероприятий.

Оказывайте помощь в установлении связей с имеющимися социальными ресурсами

Посоветуйте поддерживать навыки самостоятельного пользования туалетом, в том числе необходимость подсказывать и 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, чтобы снизить риск падения и травмирования.

Поговорите с членами семьи о важности не допускать загромождения проходов в доме человека, чтобы уменьшить риск падения.

Порекомендуйте адаптировать помещения в доме для удобства человека. Целесообразно установить поручни или пандусы. Повесьте знаки, указывающие на основные помещения в доме (например, туалет, ванная комната, спальня), которые помогут человеку не заблудиться или не потерять ориентацию.

Порекомендуйте заниматься физической активностью для поддержания подвижности и снижения риска падений.

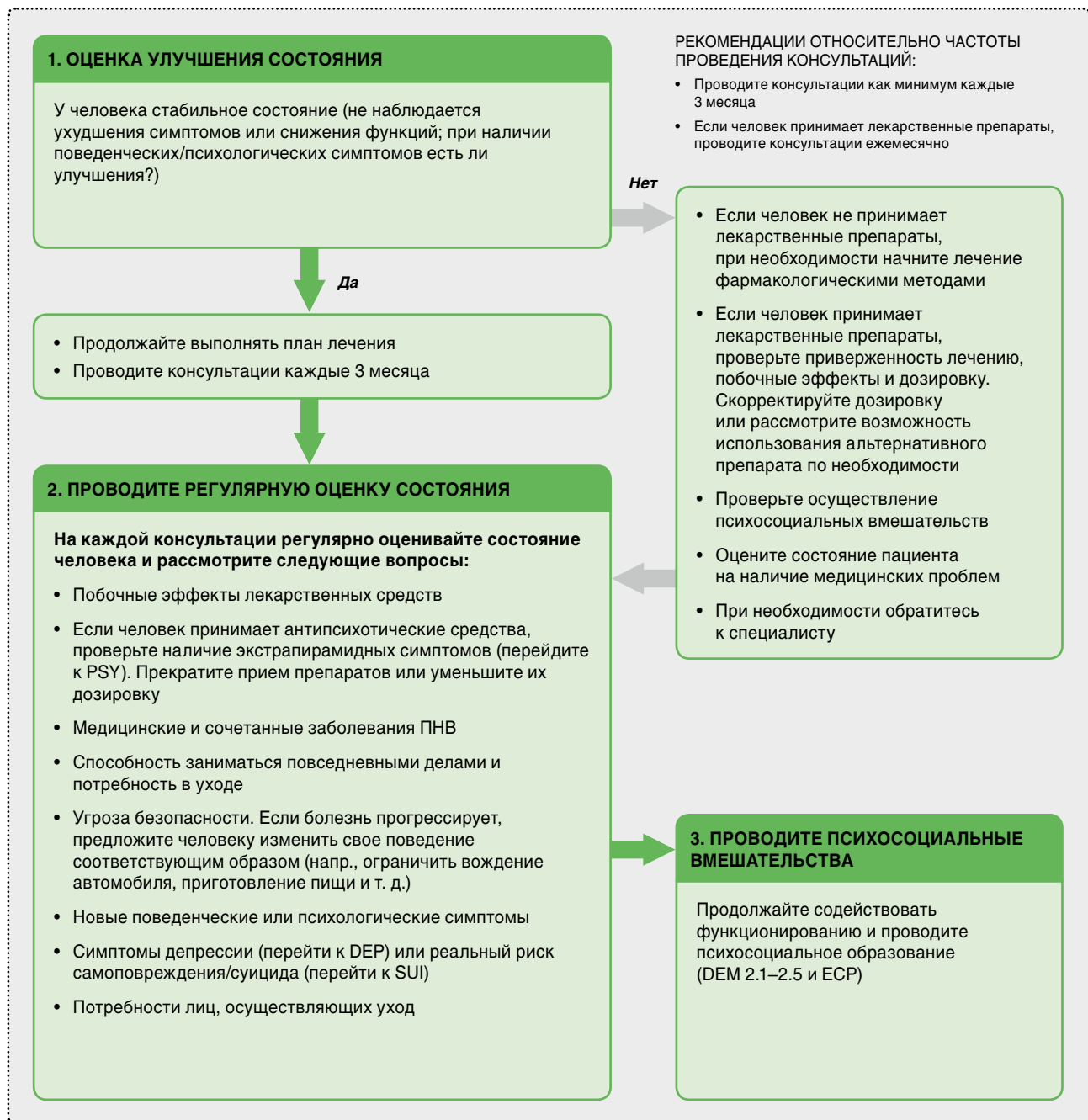


Рисунок 3. Алгоритм ведения пациентов с деменцией

Порекомендуйте оздоровительные мероприятия (с учетом стадии и степени тяжести деменции).

Управляйте сенсорным дефицитом (слабое зрение или плохой слух) с помощью соответствующих устройств (луп, слуховых аппаратов).

Рассмотрите возможность применения профессиональной терапии, если такая возможность есть.

#### 2.4 Меры по улучшению когнитивного функционирования

Побуждайте лиц, осуществляющих уход, регулярно предоставлять подробную информацию (например, день, дату, время, имена людей), чтобы человек мог легче ориентироваться. Используйте 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 и для того, чтобы люди могли делиться своим опытом и ценить его.

Используйте в общении простые короткие предложения, чтобы речь была понятной.

Старайтесь минимизировать фоновые шумы, такие как радио, телевидение или другие звуки.

Внимательно выслушайте человека, прежде чем выстраивать дальнейшие действия.

Придерживайтесь простого образа жизни, избегайте изменений в ежедневном режиме и по мере возможности не водите человека в незнакомые и непонятные ему места.

### **2.5 Оказание поддержки лицу, осуществляющему уход**

Оцените воздействие на лицо, осуществляющее уход, и его потребности для обеспечения необходимой поддержки и ресурсов для его семейной жизни, работы, социальной деятельности и здоровья (DEM 1).

Признайте тот факт, что уход за пациентами 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, если они испытывают трудности или напряжение в уходе за любимым человеком.

Проинформируйте лицо, осуществляющее уход, о синдромах деменции, учитывая основные пожелания пациента.

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 пациентом, страдающим деменцией, чтобы позволить основному лицу, осуществляющему уход за таким больным, иметь возможность отдохнуть или заняться другими делами.

Выясните, может ли претендовать данное лицо на какое-либо пособие по инвалидности или другой вид социальной/финансовой поддержки (правительственной или неправительственной).

### **2.6 Для лечения деменции без поведенческих и/или психологических симптомов**

Не предписывайте антихолинэстеразные средства (такие как донепезил, галантамин и ривастигмин) или мемантин неизменно для всех случаев деменции.

Рассмотрите возможность назначения лекарственных препаратов только в случаях, когда поставлен диагноз болезни Альцгеймера и при наличии адекватной поддержки и надзора со стороны специалистов, а также наблюдения за побочными эффектами и ответной реакцией со стороны лиц, осуществляющих уход.

Для лечения деменции с подозрением на болезнь Альцгеймера и при тщательном наблюдении за больным рассмотрите возможность использования антихолинэстеразных средств (донепезил, галантамин, ривастигмин) или мемантин. Для лечения деменции с сопутствующим сосудистым заболеванием назначьте мемантин.

### **2.7 Антипсихотические препараты для лечения поведенческих и/или психологических симптомов**

Прежде чем начать лечение, проведите психосоциальные вмешательства. Если существует реальный риск для человека или лица, осуществляющего уход, рассмотрите возможность применения антипсихотических препаратов. Перейдите к PSY2 «Лечение» для получения подробной информации по антипсихотическому лечению.

Начинайте с низкой дозировки и медленно увеличивайте дозу (титрование), регулярно проверяйте потребность в препарате (по крайней мере ежемесячно).

Используйте самую низкую эффективную дозу.

Контролируйте состояние человека на наличие экстрапирамидной симптоматики. Не назначайте галоперидол внутривенно. Не назначайте диазепам.

*Оригинальный текст документа читайте на сайте [www.who.int](http://www.who.int)*