

ОГЛАВЛЕНИЕ

Об авторе	10
Предисловие к изданию на русском языке	11
Предисловие к изданию на английском языке	13
Список сокращений и условных обозначений	14
Глава 1. Снижение когнитивных функций при нормальном старении и когнитивные нарушения у пожилых людей	15
Биология и процесс старения	17
Старение и физиологические изменения	17
Физиологические факторы, влияющие на когнитивные нарушения	19
Генетические факторы, оказывающие влияние на когнитивные нарушения	20
Психологические факторы, влияющие на когнитивные нарушения	20
Двунаправленная связь когнитивных нарушений с другими расстройствами	21
Влияние когнитивных нарушений на человека	24
Влияние когнитивных нарушений на общество	25
Глава 2. Краткий обзор когнитивных доменов	26
Таксономия когнитивного развития, предложенная Блумом	26
Классификация когнитивных доменов	28
Значение оценки когнитивных доменов	30
Часто используемые методы оценки	31
Комбинированные когнитивные скрининговые тесты	35
Экспресс-тесты для когнитивного скрининга	37
Глава 3. Легкие и выраженные нейрокогнитивные нарушения	39
Подтипы легких когнитивных нарушений	41
Поражения перивентрикулярного белого вещества	41

Выраженные когнитивные нарушения (деменция)	42
Повреждение нейронов при деменции	45
Стадии когнитивных нарушений и развития деменции	45
Общие клинические проявления деменции	46
Глава 4. Симптомы деменции	48
Дефицит памяти при деменции	48
Неврологические и медицинские симптомы деменции	48
Нейроповеденческие симптомы	52
Глава 5. Необратимые нейродегенеративные когнитивные нарушения	56
Первичная деменция	56
Вторичная деменция	57
Невропатология первичной деменции	58
Патоморфологическая дифференциация нейродегенеративных заболеваний	58
Деменция, связанная с органной недостаточностью и метаболическим дефицитом	63
Другие вторичные необратимые деменции	63
Глава 6. Наиболее распространенные, не связанные с деменцией и потенциально обратимые когнитивные нарушения ...	65
Потенциально обратимые когнитивные нарушения	65
Делирий как причина когнитивных нарушений	66
Клиническое течение делирия	67
Депрессия и когнитивные нарушения	68
Дефицит витаминов и когнитивные нарушения	69
Употребление психоактивных веществ и когнитивные нарушения	70
Глава 7. Когнитивные нарушения и сон	71
Двунаправленная связь между когнитивными нарушениями и нарушениями сна	71
Распространенные расстройства сна, связанные с когнитивными нарушениями	73
Правильная гигиена сна — путь к улучшению когнитивных функций	74

Глава 8. Когнитивные нарушения и изменения личности	77
Черты личности и когнитивные нарушения	77
Черты личности и их связь с расстройствами личности	78
Причины изменений личности у людей с когнитивными нарушениями	80
Изменение личности и лобно-височная деменция	81
Глава 9. Диагностика деменции	83
Алгоритм диагностики	84
Радиологические и инструментальные методы исследования	86
Глава 10. Наиболее распространенные сопутствующие заболевания при деменции	90
Факторы, способствующие когнитивным нарушениям	91
Наиболее распространенные сопутствующие заболевания и деменция	92
Другие распространенные сопутствующие заболевания	94
Глава 11. «Большие 3 Д» психиатрии: дифференциальная диагностика наиболее распространенных когнитивных нарушений у взрослых	96
Делирий	96
Деменция	97
Депрессия	98
Когнитивный синдром депрессии	99
Наиболее полезные диагностические инструменты для различения делирия, деменции и депрессии	100
Методики для скрининга депрессии	101
Глава 12. Ведение пациентов с когнитивными нарушениями	106
Когнитивные нарушения: эволюция концепции	106
Основы терапии когнитивных нарушений	107
Общие клинические аспекты лечения различных подтипов деменции	108
Стратегии лечения деменции	110
Нефармакологические вмешательства в лечении когнитивных нарушений	110

Фармакологическое лечение поведенческих расстройств, связанных с когнитивными нарушениями	114
Глава 13. Долгосрочный уход и помещение пациента в специализированное заведение	116
Варианты долгосрочного ухода	117
Оценка способности пациентов принимать решения	119
Способность пациентов принимать решения и неотложная медицинская помощь	120
Различия между доверенностью и опекой	121
Глава 14. Уход за больными деменцией	122
Выгорание человека, осуществляющего уход	122
Рекомендуемые стратегии предотвращения выгорания при уходе	123
Рекомендуемые советы для людей, осуществляющих уход	123
Список литературы	125

ПОСВЯЩЕНИЕ

Эта книга предназначена и посвящена тем, кто ежедневно имеет дело с больными деменцией. Сюда входят врачи первичной медико-санитарной помощи, непсихиатрические работники в больницах и учреждениях длительного ухода, работники здравоохранения на дому, а также студенты-медики и медицинские сестры, вступающие в сферу здравоохранения. Мы выражаем особую благодарность и признательность тем, чьи близкие страдают от этой разрушительной болезни.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Хочу выразить особую благодарность моим пациентам, у которых я многому научился.

ОБ АВТОРЕ

Доктор **Эрнест А. Грайпель** — врач, педагог и предприниматель. Первоначально он изучал внутренние болезни, имеет обширный опыт работы в учреждениях длительного ухода и является сертифицированным психиатром. Он также имеет лицензию администратора дома престарелых, владеет несколькими домами престарелых и управляет ими. Доктор Грайпель постоянно занимается обучением студентов-медиков, а также участвует в клинических исследованиях. Он — пожизненный член организации Trademark Top Doctors of America (торговая марка «Лучшие врачи Америки»).

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Проблема когнитивных расстройств и деменции становится все более актуальной в связи с увеличением продолжительности жизни и совершенствованием методов диагностики, которые теперь позволяют распознавать церебральные заболевания задолго до развития тяжелых осложнений. Традиционно деменцией занимались психиатры. Однако сегодня ситуация несколько изменилась. Рост наших знаний о причинах и механизмах когнитивных расстройств привел к осознанию того, что эту патологию нужно рассматривать с позиций не только психиатрии, но и неврологии, кардиологии, эндокринологии, терапии и других клинических специальностей. Только комплексный мультидисциплинарный подход позволяет выработать оптимальную стратегию и тактику ведения пациентов с когнитивными нарушениями. Пациенты с когнитивными нарушениями различной степени тяжести регулярно оказываются в поле зрения врачей самых разных клинических специальностей. И не вызывает никаких сомнений, что когнитивные нарушения, даже не достигающие выраженности деменции, существенно влияют на клиническую картину других заболеваний и должны учитываться при ведении пациентов.

Эрнест Грайпель, автор этой книги, имеет огромный опыт работы с пациентами с деменцией. Книга специально написана для врачей не психиатрических специальностей, медицинских сестер и психологов, которые так или иначе сталкиваются с пациентами с когнитивными нарушениями. В ней простым доступным языком изложены самые современные представления об обсуждаемой проблеме, основных причинах когнитивных расстройств. Даны алгоритмы и рекомендации по терапии деменции, основанной на принципах доказательной медицины, и уходу за пациентами.

В книге рассматриваются такие заболевания, как болезнь Альцгеймера, сосудистые заболевания головного мозга с когнитивными нарушениями, лобно-височные нейродегенерации, последствия черепно-мозговой травмы, опухоли мозга, дефицита витаминов и дисметаболических расстройств и др. Обсуждаются ситуации развития делирия и депрессии на фоне когнитивных расстройств и необходимая врачебная тактика в этих случаях.

Очень подробно и на самом современном уровне изложены подходы к диагностике и дифференциальной диагностике когнитивных нарушений, дано описание тестов для диагностики деменции, включая уникальную авторскую методику, которая характеризуется простотой и в то же время высокой чувствительностью и специфичностью. Важным достоинством издания является исключительная практическая направленность информации: книга написана для того, чтобы помочь врачам-непсихиатрам и другим медицинским работникам решать ежедневные практические вопросы, связанные с диагностикой, лечением, общением и уходом за пациентами с когнитивными нарушениями и деменцией.

Руководство предназначено для неврологов, терапевтов, врачей общей практики, клинических психологов и среднего медицинского персонала.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Нормальное снижение когнитивных функций связано с возрастом, в то время как когнитивные нарушения выходят за рамки допустимых возрастных изменений. Когнитивные нарушения — довольно распространенное состояние среди взрослого стареющего населения. В этой книге освещены различные типы деменции, описаны другие причины когнитивных нарушений, такие как делирий и депрессия. В ней подчеркнуто, что ранняя и точная диагностика состояний, ухудшающих когнитивные функции, может значительно помочь улучшить жизнь пациентов и их родственников.

В отношении ведения пациентов с когнитивными нарушениями в этой книге рассмотрены различные диагностические инструменты, фармакологические и нефармакологические вмешательства, эффективность которых доказана, а также изложены аспекты ухода за пациентами.

Глава 13

Долгосрочный уход и помещение пациента в специализированное заведение

Долгосрочный уход — не просто набор услуг. Это система, которая объединяет различные уровни медицинской помощи, включает множество учреждений и специалистов и функционирует как единое целое, предоставляя пациенту необходимые ему услуги. Система ориентирована на пациента, в ней участвуют медицинские работники, поставщики социальных, комплексных и вспомогательных услуг, обычно координируемых общим руководством для обеспечения эффективного удовлетворения потребностей пациентов и оказания медицинской помощи высочайшего качества.

Пациенты могут проживать дома или быть помещены в специальные учреждения. Там им может быть оказана неотложная помощь, и они либо вернутся домой, либо, если это необходимо, будут переведены на более высокий уровень ухода до тех пор, пока их состояние не стабилизируется с медицинской точки зрения. Этот перевод на более высокий уровень ухода может быть временным или постоянным.

Медицинские услуги в рамках непрерывного ухода предоставляют в больницах неотложной и плановой помощи, учреждениях сестринского ухода, а также медицинскими работниками на дому. Социальные службы координируют плавный переход пациента из одного учреждения в другое в зависимости от его потребностей, при необходимости предоставляют жилье, а также дают рекомендации и обучают людей, осуществляющих уход.

ВАРИАНТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

Для пациентов непрерывного лечения доступно несколько вариантов долгосрочного ухода. К примеру, они могут жить дома самостоятельно или быть помещены в дом престарелых.

Независимые условия проживания, дома для престарелых и медицинское обслуживание на дому

Проживать независимо могут пациенты, которые действительно не зависят от других людей, выполняют все повседневные дела, имеют когнитивные нарушения на уровне ЛКН или начальную стадию деменции, все еще способны осознать свою потребность в помощи в быту и принять ее, а также те, кто все еще способен функционировать независимо, но по своему выбору решает больше не жить в одиночестве.

Помощь на дому служит неотъемлемой частью долгосрочного ухода для людей, которые хотят и могут жить независимо, при этом доступно множество различных вариантов. Помощь на дому осуществляют квалифицированные специалисты, она финансируется различными федеральными программами. Существует множество вариантов независимого проживания, в том числе дома на одну семью, квартиры и общежития для пенсионеров. Некоторые из этих учреждений предназначены только для проживания пожилых людей. Тем не менее другие могут предоставлять бесплатный доступ к питанию или некоторым социальным услугам.

Существуют специальные компании, занимающиеся медицинским обслуживанием пожилых на дому. Medicare обычно покрывает услуги медицинской сестры и лечение, а неквалифицированные услуги по личному уходу и уходу на дому, а также услуги по временному отдыху покрываются Medicaid. Медицинские услуги на дому обычно оказывают пожилым людям. В одном из исследований сообщают, что около 64% пациентов получали помощь на дому [345].

Пациентам может потребоваться модификация жилища, и для финансирования этой работы доступны многочисленные государственные и федеральные программы. Были внедрены различные вспомогательные технологии и телемедицина для оказания медицинской и социальной помощи этим пациентам. Однако эти комплексные меры (включая оценку, рекомендации, мониторинг и внесение коррективов [346]) по-прежнему могут быть трудны для многих пациентов из-за их когнитивных нарушений.

Помощь в проживании

Жилой комплекс для престарелых предназначен для сокращения случаев ненадлежащего помещения пожилых людей в дома престарелых. Основное отличие этого типа долгосрочного ухода от дома престарелых заключается в том, что в жилом комплексе для престарелых сотрудники обеспечивают круглосуточный надзор, а в домах престарелых предлагают лишь двухчасовой уход.

Большинство жилых комплексов для престарелых предлагает отдельные комнаты для проживания и ванные комнаты, помощь в повседневной жизни, трехразовое питание, услуги по уборке, оздоровительные программы, контроль приема лекарств и службы экстренной помощи [347].

По идее, жилой комплекс для престарелых обеспечивает конфиденциальность и автономию пациентов. Кроме того, он дает возможность менее интенсивного медицинского надзора и ухода, чем уход в доме престарелых, и больше нацелен на оказание социальных услуг [348].

Проживание в жилом комплексе для престарелых способствует снижению риска депрессии, соблюдению режима приема лекарств и уменьшению количества обращений в отделения неотложной помощи [349].

В течение последних двух десятилетий жилые комплексы для престарелых становятся все более популярными в качестве альтернативного варианта долгосрочного ухода за пожилыми людьми.

Отделения ухода при проблемах с памятью — специальные отделения по уходу для пациентов с когнитивными нарушениями. Эти отделения предназначены для удовлетворения психических и физических потребностей пациентов с деменцией. Цель размещения в этих учреждениях — улучшение качества жизни больных деменцией. В первую очередь это осуществляется путем поощрения общения со сверстниками и обеспечения их безопасности и защищенности [350].

Квалифицированный уход

Как указано выше, уход в доме престарелых предназначен для пациентов, которым необходим круглосуточный квалифицированный уход, временно или постоянно. Он также доступен для пациентов, которые временно нуждаются в услугах неотложной реабилитации.

ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЯ

Способность пациента понимать, что происходит вокруг него, в частности, риски и преимущество лечения или необходимых медицинских вмешательств, обычно определяют как способность принимать решения.

Пациенты могут принимать решения только в том случае, если они демонстрируют понимание ситуации, способны оценить последствия принимаемых ими решений, обосновывать свой выбор и выражать свои желания [351].

Способность принимать решения служит отражением когнитивных способностей мозга и, в некоторой степени, отдельным когнитивным доменом. Однако этот домен не столь важен для постановки диагноза (делирий, деменция, депрессия или другие состояния), сколько при соприкосновении с социально-экономическими проблемами и определением трудоспособности.

Как правило, оценить способность пациента принимать решения трудно, и врачи интуитивно проводят такую оценку при каждой встрече с пациентами. Учитывают четыре фактора, связанных со способностью принимать решения: понимание, оценка ситуации, рассудительность и вербальный контакт [352].

Однако следует отметить, что способность пациента принимать решения варьирует в зависимости от типа и тяжести заболевания, наличия выраженной тревоги, делирия или любого другого заболевания. Более того, способность пациента принимать решения также зависит от успеха терапии, эффектов психоактивных веществ и многих других факторов, которые могут повлиять на когнитивные функции. Более того, эта способность зависит от времени, состояния и (в некоторой степени) ситуации.

Клиническая оценка способности принимать решения затруднительна, особенно у пациентов с деменцией [353]. При этом состоянии когнитивные нарушения часто ограничивают способность пациента понимать, запоминать и оценивать различные варианты лечения [354]. Трудности с принятием решений особенно актуальны у пациентов с легкой или умеренной деменцией, на фоне флюктуаций когнитивных нарушений колебания (например, при ДТЛ). Следует отметить, что флюктуации внимания и памяти широко распространены при всех формах деменции [355, 356].

Формальную процедуру оценки дееспособности следует проводить, когда врач не уверен в способности пациента принимать решения. Оценку способности принимать решения обычно проводят, когда меняется психическое состояние пациента, когда он отказывается от рекомендованного лечения или если с готовностью соглашается пройти инвазивный или рискованный вид лечения без адекватного рассмотрения потенциальных рисков и преимуществ.

Любой врач может оценить способность пациента принимать решения, и соглашения двух врачей о независимой оценке состояния пациента обычно достаточно для решения этого вопроса. Если мнение двух врачей согласуется, в мнении психиатра нет необходимости. Однако если у двух врачей сформировались разные мнения, то в дело вступает психиатрия. Еще следует отметить: если один из двух врачей — обученный и практикующий психиатр, его мнение о способности пациента принимать решения имеет преимущественную силу.

Для оценки способности пациента принимать решения используют структурированный подход. В помощь врачам доступно множество формальных инструментов оценки, в том числе «Помощь в оценке потенциала», «Тест Хопкинса для оценки компетентности», «Понимание раскрытия информации о лечении» и «Инструмент оценки компетентности Макарура для лечения» [357].

Важно также отметить, что врач должен обосновать решение о дееспособности пациента в медицинской карте. В медицинскую документацию обязательно включают подробную информацию о заключении врача и результатах формальных инструментов оценки [358].

СПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Во всех клинических случаях пациент имеет право на отказ от лечения. Никого не принуждают проходить какое-либо лечение. Однако на практике критерии добровольного отказа от лечения отличаются от критериев добровольного согласия, поскольку последствия отказа могут быть более серьезными, чем последствия согласия. Врачи морально обязаны способствовать благополучию своих пациентов и в тех случаях, когда пациент не обладает способностью принимать решения, должны привлекать к принятию решения иных людей [359].

При деменции следует найти человека, который имеет право принимать решение за пациента, и проконсультироваться с ним в случае не-

дееспособности пациента [360]. Если пациент не может дать согласие, а поиск человека, принимающего решения, приведет к задержке лечения и, возможно, увеличит риск смерти или серьезного вреда, врачи могут оказать неотложную помощь без официального согласия [362].

РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ДОВЕРЕННОСТЬЮ И ОПЕКОЙ

Предположим, у пациента когнитивные нарушения, и он не может принять решение. В этом случае определяют и назначают человека для принятия решений от его имени. Им может быть член семьи, близкий друг пациента (тот, кто знает его убеждения и предпочтения в отношении лечения) либо назначенный судом опекун [362].

Опека и доверенность — инструменты, которые в основном используют для того, чтобы помочь недееспособным людям. Важно знать различия между этими двумя понятиями. *Доверенность* позволяет человеку, находясь в здравом уме, выбирать своего представителя. Ему могут быть предоставлены ограниченные представительские полномочия в одном или более чем одном деле (например, медицинском, финансовом и т.д.) или долгосрочные и широкие представительские полномочия (общая доверенность). В процессе установления *опеки* суд выбирает, кто будет выступать в качестве опекуна пациента.

В большинстве случаев пациенты и суды имеют возможность предоставить право суррогатности родственнику или человеку, не являющемуся родственником. Большинство специалистов по этике и политиков, как и американское общество, предпочитают суррогатность [363]. В некоторых штатах США предусмотрена установленная законом иерархия автоматических семейных доверенностей, а долговременная доверенность служит широко признанной юридической практикой в США [364].

Следует отметить, что и доверенность, и опека могут быть отменены. Это особенно актуально в отношении доверенности. *Указаниям пациента* следуют до тех пор, пока пациент, который назначил доверителя, остается в здравом уме и сохраняет способность принимать решения.