

**ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ, РАННЕГО
ВЫЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Методические рекомендации



Российский
геронтологический
научно-клинический
центр

ISBN 978-5-907166-54-7



9 785917 166547

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Прометей

ОБОСОБЛЕННОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ
«РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»
ФГБОУ ВО РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КООРДИНАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУБЪЕКТОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РАЗВИТИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ГЕРИАТРИЯ» ОСП РГНКЦ
ФГБОУ ВО РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ

**ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ,
РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ,
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Методические рекомендации

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Прометей

Обособленное структурное подразделение
«Российский геронтологический научно-клинический центр»
ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н. И. Пирогова
Минздрава России

Федеральный центр координации деятельности субъектов
Российской Федерации по развитию организации оказания
медицинской помощи по профилю «гериатрия» ОСП РГНКЦ
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

**ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ,
РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ,
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Методические рекомендации

Под ред. доктора медицинских наук,
профессора *О. Н. Ткачевой*



МОСКВА
2019

Эксперты:

Чл.-корр. РАН, д.м.н., проф. Бойцов С. А., к.м.н. Вергазова Э. К., д.м.н. Воробьев П. А., акад. РАН, д.м.н., проф. Гусев Е. И., чл.-корр. РАН, д.м.н., проф. Драпкина О. М., д.м.н., проф. Кекелидзе З. И., Келлер П. А., д.м.н., проф. Костюк Г. П., д.м.н., проф. Крутлов Л. С., д.м.н., проф. Лазебник Л. Б., акад. РАН, д.м.н., проф. Мартынов А. И., д.м.н., проф. Незнамов Н. Г., д.м.н., проф. Остроумова О. Д., д.м.н. Пищикова Л. Е., д.м.н., проф. Рунихина Н. К., д.ф.н., доц. Сонин А. Г., акад. РАН, д.м.н., проф. Тиганов А. С., д.м.н., проф. Фролова Е. В., акад. РАН, д.м.н., проф. Шабалин В. Н.

П 78 Программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста:

Методические рекомендации / Под ред. О.Н. Ткачевой. — М.: Прометей, 2019. — 72 с.

Методические рекомендации разработаны в обособленном структурном подразделении «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Данные методические рекомендации предназначены для врачей — гериатров, врачей общей практики, терапевтов, также будут полезны врачам других специальностей, работающим с пациентами пожилого и старческого возраста, студентам, ординаторам, а также медицинским сестрам и специалистам по социальной работе.

Методические рекомендации изданы в рамках реализации национального проекта «Демография» и федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение».

© Коллектив авторов, 2019
© ОСП «РГНКЦ» ФГБОУ ВО РНИМУ
им. Н. И. Пирогова Минздрава
России, 2019

ISBN 978-5-907166-54-7

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

1. **Яхно Н. Н.** — академик РАН, профессор, заведующий научно-исследовательским отделом неврологии Научно-исследовательского центра, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, главный внештатный специалист-невролог Минздрава России

2. **Ткачева О. Н.** — доктор медицинских наук, профессор, директор ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, главный внештатный специалист-гериатр Минздрава России, заведующий кафедрой болезней старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

3. **Гаврилова С. И.** — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Рособрнауки России

4. **Левин О. С.** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

5. **Боголепова А. Н.** — доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

6. **Котовская Ю. В.** — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

7. **Рунихина Н. К.** — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по гериатрической работе ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, профессор кафедры болезней старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

8. **Мхитарян Э. А.** — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории общей гериатрии

трии и нейрогерииатрии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

9. **Чердак М. А.** — кандидат медицинских наук, научный сотрудник лаборатории нейрогерииатрии и когнитивных нарушений ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, ассистент кафедры болезней старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

10. **Колыхалов И. В.** — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела герииатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Рособрнауки России

11. **Ротштейн В. Г.** — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Рособрнауки России

12. **Сиденкова А. П.** — доктор медицинских наук, профессор, и.о. заведующего кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

13. **Розанов А. В.** — кандидат медицинских наук, руководитель Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «герииатрия» ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, старший научный сотрудник лаборатории сердечно-сосудистого старения ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

14. **Аброськина О. В.** — заместитель руководителя Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «герииатрия» ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

15. **Бабенко И. В.** — кандидат медицинских наук, заместитель руководителя Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «герииатрия» ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, научный сотрудник лаборатории общей герииатрии и нейрогерииатрии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

16. **Баранникова К. А.** — ведущий специалист Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «герииатрия» ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

ПРЕДИСЛОВИЕ

Благодаря улучшению условий жизни, научно-техническому прогрессу, развитию медицины во всем мире увеличивается доля пожилых людей и происходит глобальное старение населения. По прогнозам к 2050 году доля населения пожилого возраста во многих странах мира будет превышать 30%.

Данные Росстата свидетельствуют об устойчивом росте численности населения в возрасте старше трудоспособного в Российской Федерации в 2006—2015 годах, опережающем рост всего населения страны: если общая численность жителей России за этот период увеличилась на 2%, то пожилого населения — на 20%. Согласно прогнозу Росстата, в перспективе, до 2031 года, в России продолжится рост численности лиц старше трудоспособного возраста, повышение их удельного веса в структуре населения страны. Численность граждан этой возрастной категории достигнет 42,7 млн человек (28,7% населения). Наиболее быстро увеличивается доля населения в возрасте старше 70 лет: за последние 20 лет количество людей в этом возрасте удвоилось и составляет сегодня более 6% от численности всего населения России.

Увеличение абсолютного числа лиц старших возрастных групп объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих трудности с решением медицинских, социальных и психологических проблем.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	8
ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	13
ПРАВОВЫЕ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ	15
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	17
РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ	22
ОБРАЗОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КАДРОВ	22
НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	24
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	25
ПРИЛОЖЕНИЯ	53

ВВЕДЕНИЕ

Нарушения когнитивных функций являются одним из наиболее частых расстройств пожилого и старческого возраста.

Деменция (слабоумие) — это тяжёлое когнитивное расстройство, нарушающее профессиональную, бытовую и социальную активность пациента. Деменция является одной из ведущих причин формирования зависимости пожилых людей во всем мире, а также оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие на членов семьи пациентов и общество в целом. Данное состояние вызывает дополнительные трудности для диагностики и лечения сопутствующих заболеваний. В связи с отсутствием эффективного лечения когнитивных нарушений на стадии деменции значительное внимание уделяется недементным когнитивным расстройствам, представленным субъективными, лёгкими и умеренными когнитивными нарушениями. Предполагается, что потенциальный эффект терапии заболеваний, приводящих к деменции, и в первую очередь — к деменции при болезни Альцгеймера, на недементных стадиях будет значительно выше. Это обуславливает важность ранней диагностики и правильного анализа характера и выраженности когнитивных расстройств у каждого конкретного пациента. В зависимости от причины выделяют также обратимую деменцию, что определяет важность своевременной постановки точного нозологического диагноза.

По статистике, деменцией страдают от 4,7% лиц старше 60 лет, в центральной Европе до 8,7%. Распространенность всех недементных когнитивных расстройств у людей в возрасте старше 80 лет ещё выше и достигает, по некоторым данным, до 40% в зависимости от возраста. Учитывая нарастающее с каждым годом постарение населения во всем мире, растёт и распространённость когнитивных расстройств.

В 2015 г. во всем мире деменция была диагностирована у 47 миллионов человек (что составляло приблизительно 5% пожилого населения планеты), и эта цифра может вырасти до 75 миллионов к 2030 г. и 132 миллионов к 2050г.

По последним данным, ежегодно во всем мире деменция диагностируется примерно у 9,9 миллионов человек. В настоящее время примерно 60% людей с деменцией проживают в странах с низким и средним уровнем дохода, и большинство новых случаев (71%), как ожидается, будет приходиться именно на эти страны.

По приблизительным оценкам в РФ насчитывается около 2-х миллионов пациентов с деменцией. В ближайшие десятилетия прогнозируется рост числа лиц пожилого и старческого возраста, что неизбежно повлечет увеличение числа людей с когнитивными расстройствами, включая деменцию, недееспособных и нуждающихся в опеке, постоянном уходе и лечении. При надлежащей поддержке многие пациенты могут и должны сохранять самообслуживание, принимать участие в жизни семьи, иметь достойное качество жизни.

В настоящее время оказание помощи пациентам с деменцией сопряжено с рядом проблем, таких как:

- недооценка значимости когнитивных и сопутствующих им расстройств в пожилом и старческом возрасте;
- стигматизация больных с деменцией;
- низкий уровень осведомленности о деменции как среди населения, так и во врачебном сообществе;
- неразвитость инфраструктуры и материальных ресурсов — отсутствие специализированных кабинетов диагностики и лечения больных с деменцией и недементными когнитивными расстройствами в большинстве регионов;
- отсутствие эпидемиологических исследований, дающих объективную информацию о распространенности и заболеваемости деменцией в масштабах страны;
- недостаточная активность научных исследований, направленных на разработку методов профилактики, ранней диагностики и лечения когнитивных расстройств;
- недостаточная разработанность адекватной государственной стратегии, направленной на поддержку людей старшего возраста в целом и пациентов с деменцией, в частности.

Для улучшения помощи людям с деменцией и членам их семей, осуществляющих уход за ними, а также для повы-

шения качества их жизни необходима разработка комплексной мультидисциплинарной межведомственной программы, направленной на оказание медицинской и социальной помощи больным с когнитивными расстройствами, своевременное выявление недементных форм когнитивных нарушений и предупреждение их перехода в деменцию.

Для обеспечения эффективности и долговременной продуктивности программы необходимы постановка и последовательное решение ряда задач, в том числе:

- определение масштабов проблемы с оценкой распространенности деменции, недементных когнитивных расстройств и связанной с ними нагрузки на экономику здравоохранения страны;
- обеспечение понимания проблемы в обществе;
- привлечение всех заинтересованных сторон, включая группы представителей гражданского общества;
- определение приоритетных направлений научных исследований по проблеме деменции;
- привлечение дополнительных финансовых и иных ресурсов;
- обеспечение межведомственного и междисциплинарного сотрудничества;
- установление сроков поэтапной реализации программы;
- мониторинг и оценка итогов реализации программы.

К приоритетным направлениям деятельности в рамках программы можно отнести:

- повышение осведомленности населения о проблемах когнитивного здоровья; своевременную диагностику деменции и когнитивных расстройств на недементных стадиях;
- ориентацию на непрерывную помощь и услуги высокого качества больным с деменцией;
- оказание поддержки лицам, осуществляющим уход; профессиональную подготовку специалистов;
- оптимизацию методов лечения, профилактики и социальной адаптации пациентов;
- проведение соответствующих научных исследований.

Научные исследования, направленные на профилактику развития деменции (выявление и устранение модифицируемых факторов риска, разработка методов лекарственной терапии), находятся на начальной стадии. В связи с этим в настоящее время при разработке методов профилактики деменции следует ориентироваться на решение задач в контексте фактически имеющихся данных. В их число входит противодействие установленным потенциально модифицируемым факторам риска: оптимизация лечения сердечно-сосудистых заболеваний, в частности артериальной гипертензии в среднем возрасте, сахарного диабета, депрессии, ожирения, снижение распространенности курения и низкой физической и интеллектуальной активности.

Семьи больных с деменцией испытывают серьезные финансовые затруднения, связанные с расходами на обеспечение медицинской, социальной помощи, ухода за больными родственниками. Универсальная социальная поддержка с применением пенсионных и страховых схем может обеспечить защиту данной уязвимой группы населения.

В силу особенностей состояния физического и психического здоровья, снижения функционального статуса, изменения социального и материального положения, пожилые люди с тяжёлыми когнитивными нарушениями становятся более зависимыми, слабыми и уязвимыми, что увеличивает риск быть подвергнутыми жестокому обращению и насилию. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), примерно каждый десятый пожилой человек ежемесячно подвергается плохому обращению. С целью пресечения насилия необходима организация на долгосрочной основе работы, направленной на повышение профессионализма сотрудников медицинских и социальных учреждений, повышение информированности всех участников, осуществляющих уход за пожилыми людьми, самих пожилых людей и их родственников о необходимости выявлять жестокое обращение и противодействовать ему. Зависимость одного человека от другого является предпосылкой для формиро-

вания жестокого обращения. «Агрессорами» по отношению к пожилым людям чаще всего выступают:

- осуществляющие уход лица, в основном — родственники (партнеры, дети и т.д.), но также ими могут быть и медицинские работники;
- проживающие совместно с пожилым человеком люди, имеющие проблемы с психическим здоровьем — это наиболее характерно для лиц, страдающих депрессией, алкогольной или наркотической зависимостью, а также для лиц, совершавших насилие ранее;
- лица, находящиеся в финансовой или психологической зависимости от пожилого человека;
- лица, имевшие конфликтные взаимоотношения с жертвой ещё до жестокого поведения по отношению к пожилому человеку.

Официальное признание прав людей с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними, посредством законодательства и регуляторных процедур поможет сократить существующую практику их дискриминации. Фундаментальное значение для защиты прав человека имеет оценка дееспособности пациентов с деменцией с признанием ее частичной сохранности у некоторых из них. В случае нарушения дееспособности человека вследствие деменции правовые нормы должны признавать и защищать его право на надлежащую самостоятельность и самоопределение. К важным задачам всех лиц, участвующих в оказании помощи людям с деменцией, включая медицинских и социальных работников и членов семей больных, относятся соблюдение этических принципов в принимаемых решениях, а также уважение прав больного человека.

Для удовлетворения потребностей людей с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними, необходима интеграция медицинских и социальных служб и координированное развитие современных видов медицинской и социальной помощи больным и их семьям.

ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

При возрастающем бремени деменции в глобальном масштабе недостаточная информированность о данном состоянии способствует возникновению избыточных опасений и порождает стигматизацию. Стигматизация приводит к социальной изоляции лиц с деменцией, членов их семей и к позднему обращению за медицинской и социальной помощью.

Существует острая необходимость в повышении осведомленности о деменции и улучшении понимания данной проблемы в обществе. Для улучшения ухода за больным в домашних условиях с целью отсрочки институализации пациента члены семьи, осуществляющие медико-социальный уход, также нуждаются в поддержке со стороны общества. В условиях ограниченности медико-социальных ресурсов ориентация на информационно-просветительскую деятельность в обществе может быть одним из эффективных способов повышения качества жизни людей с деменцией и тех, кто осуществляет уход за ними.

В связи с этим необходимо организовать национальные и местные информационные кампании в области общественного здравоохранения при участии общественных организаций, государственных структур и СМИ. Целью кампании должно быть распространение достоверных знаний о деменции среди населения, заострение внимания на необходимости своевременных действий, направленных на профилактику и лечение деменции, соблюдение прав человека и возможно длительное обеспечение самостоятельности людей с деменцией.

Для поощрения благожелательного отношения к людям с деменцией необходима разработка специальных программ информирования по проблеме деменции, включая лиц, непосредственно работающих с населением в службах поддержки, таких как полиция, транспортные службы; других поставщи-

ков услуг, в том числе в сфере образования и культуры, а также волонтеров. Следует поощрять благожелательное отношение к людям с деменцией в семье.

Информационно-просветительская кампания должна проводиться с учетом контекста и специфики конкретной аудитории.

Виды мероприятий в рамках информационно-просветительской кампании включают проведение социальных акций, включая социальную рекламу в средствах массовой информации, подготовку и распространение информационных буклетов и методических пособий, проведение образовательных программ (школ) для самих пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц по проблемам когнитивного здоровья.

При проведении информационно-просветительской кампании следует учитывать общие цели и связи между риском развития деменции и другими неинфекционными заболеваниями, сформулированные в «Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними» ВОЗ, которые должны быть достигнуты к 2025 г.

К ним относятся:

- относительное сокращение на 30% текущего показателя распространенности употребления табака среди лиц в возрасте от 15 лет;
- сокращение на 25% преждевременной смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и сахарного диабета;
- относительное сокращение, по крайней мере, на 10% вредного потребления алкоголя, в зависимости от обстоятельств и с учетом национального контекста;
- относительное сокращение на 25% распространенности случаев повышенного кровяного давления или сдерживание распространенности случаев повышенного кровяного давления, в соответствии с национальными условиями;
- относительное сокращение на 10% распространенности недостаточной физической активности.

ПРАВОВЫЕ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

На международном уровне стратегия борьбы с когнитивными расстройствами и их профилактики нашла отражение в следующих документах:

- Политическая декларация Организации Объединенных Наций, принятая на совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Принята резолюцией 66/2 Генеральной Ассамблеи от 19 сентября 2011 года);
- Программа ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья (МНГАР);
- Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013—2020 годы (World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013—2020. Geneva: World Health Organization, 2013).

В РФ помощь пациентам с деменцией регламентируется рядом документов, среди которых важнейшими являются:

- Федеральный Закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон РФ № 3185—1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Стратегия действия в интересах граждан старшего поколения (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. № 164-р);
- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1220н);
- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках (Приказ Минздрава России от 28.12.2012 г. № 1621н);

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни Альцгеймера в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1222н);

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 г. № 1515н);

- Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Альцгеймера (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1228н);

- Стандарт специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 г. № 1519н).

Актуальными вопросами законодательно-нормативной базы являются:

- разработка критериев ограниченной дееспособности пациента с деменцией для принятия финансовых и правовых решений;

- повышение гарантий защиты от злоупотреблений в отношении ограниченного в дееспособности или недееспособного пациента с деменцией, в том числе при принятии решений с участием попечителя или опекуна;

- разработка на законодательном уровне системы предварительных указаний в отношении охраны здоровья (например, указаний, касающихся продляющего жизнь лечения и мер по поддержанию жизни на последней стадии деменции);

- защита прав людей от дискриминации по признаку деменции (например, в виде законодательного закрепления необходимости дифференцированной оценки влияния когнитивных нарушений разной тяжести на возможность получения медицинской и социальной помощи в условиях

учреждений, не рассчитанных на лечение и проживание лиц с соответствующим функциональным дефицитом);

- обеспечение защиты людей с деменцией от жестокого обращения, физических, вербальных, финансовых, эмоциональных злоупотреблений или пренебрежения (со стороны членов семьи, медицинских работников, поставщиков услуг или других лиц).

Для реализации программы в сфере здравоохранения необходимо междисциплинарное и межведомственное взаимодействие и координация действий между службами первичной медико-санитарной помощи, гериатрии, психиатрии, неврологии, паллиативной помощи. Необходимость межведомственного и междисциплинарного взаимодействия требует подготовки регламентов соответствующих взаимодействий и создание координирующих органов, обеспечивающих их внедрение на федеральном и региональном уровнях.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ввиду растущего числа лиц с когнитивными расстройствами они неизбежно обращаются за помощью к врачам разных специальностей, среди которых наиболее часто оказываются неврологи, участковые терапевты, врачи общей практики, гериатры. В настоящее время помощь таким больным выходит за пределы компетенции указанных специалистов, осмотр и ведение пациентов требуют специальных знаний и большего времени, чем при обычном приеме невролога или врача первичного звена. Отсюда следует важность организации специализированной помощи больным с клинически значимыми когнитивными расстройствами и развития гериатрической службы с развертыванием специализированных нейрогериатрических кабинетов в учреждениях первичной медицинской сети и в психоневрологических диспансерах (ПНД), гериатрических отделений в невро-психогериатрических больницах (ПБ). Желательно создание Федерального и региональных невропсихогериатрических центров, задачами которых должно быть

**Организация медицинской и социальной помощи
больным с когнитивными расстройствами**

Этапы организации помощи	Задачи	Кто осуществляет
Доврачебный	Выявление возможных когнитивных расстройств	Члены семьи (близкие люди), соцработники, работники домов-интернатов, пансионатов по уходу
Первичный медико-санитарный	Выявление и коррекция факторов риска, скрининг когнитивных расстройств, наблюдение за пациентами	Участковые терапевты, врачи общей практики, семейные врачи, специалисты кабинетов медицинской профилактики
Специализированный врачебный (кабинеты нарушений памяти в первичной медицинской сети, нейрогериатрические центры, психогериатрические подразделения в территориальных психоневрологических диспансерах и психиатрических стационарах, гериатрические психоневрологические центры)	Диагностика когнитивных расстройств, лечение, реабилитация пациентов, взаимодействие с социальными службами	Специалисты, обладающие знаниями и навыками в области гериатрической психиатрии или неврологии; специалисты по социальной работе и нейропсихологи, имеющие навыки работы с пожилыми больными с когнитивными расстройствами

оказание диагностической и лечебной помощи высшего уровня пациентам с когнитивными расстройствами, проведение научных исследований, разработка и внедрение мер профилактики и лечения когнитивных расстройств в старшем возрасте, реализация межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи пациентам с деменцией и подготовка квалифицированных кадров (врачей, медицинских сестер и социальных работников). Также необходимо развитие уже имеющихся научно-практических структур, полностью ориентированных на вопросы оказания помощи пожилым.

Для диагностики деменции необходима эффективная координация действий между службами первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе между врачами-терапевтами, гериатрами, неврологами, психиатрами, диагностическими службами.

Основные этапы организации помощи больным с когнитивными нарушениями:

I — Доврачебный.

II — Первичная медико-санитарная помощь.

III — Специализированная помощь (кабинеты нарушений памяти в поликлиниках, гериатрические психоневрологические кабинеты и лечебно-реабилитационные подразделения в структуре ПНД; гериатрические отделения в психиатрических больницах разного профиля для оказания неотложной психогериатрической помощи).

IV — Высококвалифицированная и высокотехнологичная помощь (Федеральные и региональные невропсихогериатрические центры).

V — Службы долговременной медицинской помощи (в том числе и паллиативной) и ухода (психоневрологические интернаты, пансионаты для пожилых, коммерческие пансионаты по уходу за больными с деменцией, отделения с сестринским уходом в психиатрических больницах), органы социальной защиты по месту жительства.

Поскольку некоторые перечисленные структуры находятся в ведении органов социальной защиты, дополнительно повышается значимость межведомственной координации.

Окончание табл. 1

Этапы организации помощи	Задачи	Кто осуществляет
Федеральный и региональные нейрогериатрические и психогериатрические центры	Высококвалифицированная и высокотехнологичная помощь. Разработка и проведение научных исследований и внедрение их результатов в клиническую практику, реализация межведомственного взаимодействия, разработка программ профессионального образования разных уровней и контроль за их реализацией	Высококвалифицированные врачи-гериатры, неврологи, психиатры, нейропсихологи, эрготерапевты, специалисты по социальной работе, медицинские сестры
Долговременная медицинская помощь и уход в условиях стационара (ПНИ, отделения для больных с деменцией в пансионатах для пожилых, коммерческие пансионаты для больных с деменцией, отделения сестринской помощи в психиатрических больницах) и на дому, совместно с органами социальной защиты по месту жительства	Медико-социальная помощь больным и лицам, осуществляющим уход	Врачи любых специальностей, специалисты по уходу и социальной работе, медицинские психологи

Ввиду существенной распространенности когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста, специализированные кабинеты нарушений памяти и подразделения гериатрической службы должны быть более доступны при наличии показаний после этапа первичной медицинской помощи, на котором возможно проведение скрининга когнитивных нарушений у пожилых людей в возрасте 60 лет и старше с согласия пациентов.

Соответствующие методические рекомендации по организации службы помощи больным с когнитивными нарушениями приведены в Приложении.

Наличие деменции у пациента требует оказания специализированных видов медицинской (психиатрической, неврологической, гериатрической, оказываемой врачами, прошедшими подготовку в области психо-нейрогериатрии) и социальной помощи.

На поздних стадиях деменции зависимость больных от посторонней помощи достигает наиболее высокой степени, что требует целого спектра медицинских и социальных услуг и организации долговременного ухода, которые включают в себя скрининг, диагностику, лечение, реабилитацию, а также помощь по дому, транспортировку, питание, бытовое обслуживание и организацию оптимального структурированного дня с осмысленными занятиями.

Необходимо обеспечить расширение прав и возможностей людей с деменцией, чтобы они могли жить в обществе и были социально адаптированы так долго, как только возможно. Для этого крайне важно обеспечить им бесплатное или доступное и приемлемое по цене лечение, и услуги в составе медико-санитарной помощи и долговременного ухода. Важнейшую роль с появления первых признаков деменции и до конца жизни пациента играют целостный характер ухода, обеспечивающий непрерывное взаимодействие между различными поставщиками помощи, многочисленными секторами и системными уровнями помощи, а также активное сотрудничество между лицами, осуществляющими оплачиваемый и неоплачиваемый уход. Комплексная, основанная

на фактических данных, ориентированная на конкретного человека помощь необходима в любых условиях, в которых могут находиться люди с деменцией: у себя дома, в домах престарелых, в больницах и хосписах.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Социальная защита необходима для улучшения доступа к услугам и обеспечения того, чтобы люди не испытывали финансовые трудности в результате оплаты таких услуг. Стратегии социальной защиты включают политику и программы, направленные на сокращение масштабов нищеты и снижение уязвимости людей. Это особенно важно в нынешних условиях снижения темпов экономического роста, глобализации заболеваний и растущего спроса на долгосрочный уход, что в значительной мере связано со старением населения.

Социальная защита людей пожилого возраста подвержена рискам и зависит от взаимодействия многих факторов, таких как состояние здоровья человека, условия его проживания, наличие поддержки со стороны семьи, источники и уровень доходов. Определенную поддержку пожилые люди получают за счет финансовых льгот. Однако большинство жителей не имеют доступа к финансовым льготам, таким как пособия по старости, льготы, связанные с выходом на пенсию, пенсия по инвалидности, компенсационные льготы для лиц, осуществляющих уход за больными. Многие вынуждены самостоятельно платить за медицинское обслуживание и другие жизненно важные услуги. Это препятствует доступу бедных к услугам и может привести их к непреодолимым финансовым трудностям.

Значительные расходы несут и семьи из-за того, что члены семьи, осуществляющие уход за больными, бывают вынуждены сокращать свою оплачиваемую работу, а также вследствие платы за услуги по уходу за больным.

ОБРАЗОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КАДРОВ

В настоящее время обучение и повышение квалификации врачей по проблемам когнитивных нарушений и деменции

ведется на базе некоторых кафедр гериатрии, неврологии, психиатрии, внутренних болезней медицинских вузов и специализированных подразделений научно-исследовательских учреждений.

Кроме того, большое значение имеют методы физической реабилитации, поведенческой терапии, эрготерапии, что также требует подготовки и обучения врачей соответствующих специальностей для работы в составе мультидисциплинарных бригад.

Учитывая то, что в силу растущего числа больных с деменцией они встречаются в работе врачей любых специальностей, в программы додипломной подготовки и последипломного усовершенствования врачей и среднего медицинского персонала требуется включение вопросов, касающихся когнитивных расстройств, их профилактики, диагностики, лечения и ухода за больными с деменцией.

При подготовке врачей поликлинического звена необходимо их обучение основам скрининга когнитивных расстройств, выявлению и коррекции модифицируемых факторов риска.

Таблица 2

Структура образовательной программы в рамках организации медико-социальной помощи больным с когнитивными расстройствами

Додипломное образование	Лекции и практические занятия в рамках дисциплин «первые болезни», «психиатрия», «гериатрия», «поликлиническая терапия»
Постдипломное образование	Циклы профессиональной переподготовки по гериатрии, неврологии, геронтопсихиатрии, методам физической реабилитации
	Циклы тематического усовершенствования для врачей различных специальностей
	Циклы тематического усовершенствования для среднего медицинского персонала
Подготовка и обучение немедицинских кадров	Курсы подготовки специалистов по уходу, специалистов по социальной работе
	Курсы подготовки медицинских психологов
	Обучающие курсы для сотрудников, членов семей, ухаживающих лиц
	Школы для пациентов

Принимая во внимание, что основная нагрузка при уходе за больными с деменцией ложится на неофициально ухаживающих лиц (чаще всего родственников), требуется подготовка психологов для работы с ними. Также необходимы организация и проведение «психообразовательных программ» для членов семей больных с деменцией и ухаживающих лиц. Кроме того, специалисты по социальной работе и социальные работники также нуждаются в специальном обучении для работы с пациентами, страдающими когнитивными расстройствами.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во всём мире научные исследования в области проблем когнитивного здоровья имеют первостепенное значение. Особое внимание уделяется направлениям, связанным с ранней диагностикой и методами предотвращения развития деменции, а также симптоматической и патогенетической терапией болезни Альцгеймера и других заболеваний, сопровождающихся когнитивными расстройствами.

В России проводимые исследования по этой проблеме пока весьма ограничены, что связано с недостаточным финансированием и ограниченной методической базой. Отсутствуют эпидемиологические исследования заболеваемости деменцией и её распространенности в стране.

С позиции целей настоящей программы предполагается организация и проведение научных исследований по проблеме когнитивных расстройств, включая эпидемиологические исследования с созданием регистра пациентов с когнитивными расстройствами различной тяжести, разработку и валидизацию программ скрининга и диагностики когнитивных нарушений, в том числе совершенствование методов ранней преклинической и додементной диагностики болезни Альцгеймера и других заболеваний, приводящих к формированию деменции (в первую очередь цереброваскулярных расстройств), изучение патогенетических механизмов развития когнитивных расстройств, оптимизация популяционных и индивидуализированных методов профилактики и лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними: План действий на 2013—2020 гг. ВОЗ, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/5/9789244506233_rus.pdf
2. Доклад ВОЗ. Деменция: приоритет общественного здравоохранения. 2013; http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75263/14/9789244564455_rus.pdf
3. Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013—2020 годы:
http://psychiatr.ru/download/1861?view=1&name=A66_R8-ru.pdf
4. Профилактика, диагностика, и лечение болезни Альцгеймера и других видов деменции в общей врачебной практике. / Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации / Клинические рекомендации. 2013. — 28 стр.
5. Федеральная служба государственной статистики: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Альцгеймера. Москва. — 2013. — 28 стр.
7. 2018 Alzheimer's Disease Facts and Figure https://alz.org/documents_custom/2018-facts-and-figures.pdf
8. European Dementia Monitor 2017 — Comparing and benchmarking national dementia strategies and policies.
9. National Dementia Action Plans: Examples For Inspiration <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/national-plans-examples-2017.pdf>
10. National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2017 Update <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/plans/usa-national-plan-2017-update.pdf>
11. Rakesh G, Szabo S. T., Alexopoulos G. S. Strategies for dementia prevention: latest evidence and implications //

Ther Adv Chronic Dis 2017, Vol. 8(8—9) 121 –136 DOI: 10.1177/2040622317712442

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546647/pdf/10.1177_2040622317712442.pdf

12. World Health Organization. The epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends. Geneva, Switzerland; 2015. Доклад No: WHO/MSD/MER/15.3.: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf

13. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

14. World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Методические рекомендации по организации службы помощи пациентам с когнитивными нарушениями

Оглавление

1. Этапы организации помощи пациентам с когнитивными нарушениями и их характеристика

- 1.1. Доврачебный этап помощи
- 1.2. Этап первичной медико-санитарной помощи
- 1.3. Этап специализированной помощи
 - 1.3.1 Кабинеты нарушений памяти
 - 1.3.2 Нейрогериатрические центры
 - 1.3.3 Специализированная психиатрическая помощь больным с когнитивными расстройствами
- 1.4. Долговременная медико-социальная помощь и уход

2. Ключевые положения диагностики и лечения когнитивных расстройств

- 2.1. Обследование пациентов с когнитивными нарушениями
 - 2.1.1. Клинические методы диагностики когнитивных расстройств
 - 2.1.2. Инструментальные и лабораторные методы диагностики когнитивных расстройств
- 2.2. Основы лечения когнитивных расстройств

Приложение 1. Деменция в МКБ-10

Приложение 2. Методы оценки качества и силы рекомендаций с позиций доказательной медицины

Приложение 3. Тесты, шкалы и опросники, используемые в диагностике когнитивных и других нервно-психических нарушений

1. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА

Нарушения когнитивных функций являются одним из наиболее частых расстройств людей старшего (пожилого и старческого) возраста. Наиболее тяжелая форма когнитивных расстройств (КР) — деменция — ассоциирована с потерей трудоспособности, социальной и бытовой самостоятельности, требует больших физических и финансовых затрат, как со стороны лиц, ухаживающих за больным (чаще всего родственников), так и со стороны государства. Среди всех причин деменции наиболее частой является болезнь Альцгеймера (40—50%) или сочетание ее с сосудистой патологией головного мозга (15—25%). Реже встречаются сосудистая деменция различного характера (10—15%), деменция с тельцами Леви (15%), Лобно-височная деменция (10%) и другие заболевания.

Больные с КР, особенно на стадии недементных нарушений, могут обращаться за помощью к врачам разных специальностей, среди которых наиболее часто оказываются неврологи, участковые терапевты, врачи общей практики. В соответствии с МКБ-10 (Приложение 4), заболевания, сопровождающиеся КР, могут кодироваться в разных рубриках и не обязательно требуют участия психиатра в их лечении. В Российской и международной практике ведение больных с лёгкой и умеренной деменцией, не сопровождающейся тяжёлыми аффективными, поведенческими, психотическими нарушениями, осуществляется неврологами, гериатрами и психиатрами. Осмотр и ведение пациентов требуют специфических знаний и большего времени, чем при обычном приеме невролога или врача первичного звена. Важное значение имеет своевременное выявление когнитивных нарушений на ранних недементных стадиях. Для этого необходимо вовлечение в процесс помощи и ухода за больными не только врачей и среднего медицинского персонала, но и социальных служб. При этом необходимо достижение эффективной координации действий между службами первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе между врачами-терапевтами, гериатрами, неврологами, психиатрами, диагностическими службами.

Таблица 1

Краткая характеристика этапов организации помощи больным с КР

Этапы организации помощи	Задачи	Кто осуществляет
Доврачебный	Выявление возможных КР	Члены семьи (близкие люди), соцработники, работники домов-интернатов, пансионатов по уходу
Первичный медико-санитарный	Выявление и коррекция факторов риска, скрининг КР, наблюдение за пациентами	Участковые терапевты, врачи общей практики, семейные врачи, специалисты кабинетов медицинской профилактики
Специализированный врачебный (кабинеты нарушений памяти в первичной медицинской сети, нейрогериатрические центры, психогериатрические подразделения в территориальных психоневрологических диспансерах и психиатрических стационарах, гериатрические психоневрологические центры)	Диагностика КР, лечение, реабилитация пациентов, взаимодействие с социальными службами	Специалисты, обладающие знаниями и навыками в области гериатрической психиатрии или неврологии; специалисты по социальной работе и нейропсихологи, имеющие навыки работы с пожилыми больными с когнитивными расстройствами

Этапы организации помощи	Задачи	Кто осуществляет
Федеральный и региональные нейрогериатрические и психогериатрические центры	Высококвалифицированная и высокотехнологическая помощь. Разработка и проведение научных исследований и внедрение их результатов в клиническую практику, реализация межведомственного взаимодействия, разработка программ профессионального образования разных уровней и контроль за их реализацией	Высококвалифицированные врачи-гериатры, неврологи, психиатры, нейропсихологи, эрготерапевты, специалисты по социальной работе, медицинские сестры
Долговременная медицинская помощь и уход в условиях стационара (ПНИ, отделения для больных с деменцией в пансионатах для пожилых, коммерческие пансионаты для больных с деменцией, отделения сестринской помощи в психиатрических больницах) и на дому, совместно с органами социальной защиты по месту жительства	Медико-социальная помощь больным и лицам, осуществляющим уход	Врачи любых специальностей, специалисты по уходу и социальной работе, медицинские психологи

Помощь больным с КР различной тяжести должна складываться из нескольких этапов (Таблица 1), включая доврачебный, первичный медико-санитарный и специализированный уровни организации помощи. Помимо этого, требуется совершенствование долговременной медицинской помощи и ухода, включающих бытовую и социальную реабилитацию пациентов с деменцией.

1.1. Доврачебный этап помощи

Доврачебный этап помощи пациентам с КР подразумевает проведение информационной и просветительской работы с населением путем распространения рекламных листовок, создания социальной рекламы на ТВ и крупных интернет-порталах, размещения информационных стендов в поликлиниках, проведения лекций в рамках специализированных школ, проведения обучения социальных работников.



Рисунок 1. Схема организации доврачебного этапа

Доврачебный этап осуществляют:

- социальные работники (на дому или в территориальных центрах социального обслуживания);
- члены семьи;
- работники домов-интернатов, пансионатов по уходу.

Задача доврачебного этапа помощи — выявление тяжелых КР (деменции).

Целевая группа:

- лица пожилого и старческого возраста (старше 60 лет), при наличии их согласия.

Доврачебный этап включает в себя проведение скрининговых опросников (Аризонский опросник, шкала оценки каждодневной активности, мини-ког и др.), выполнение которых занимает минимальное время и не требует специфических навыков (приложения 3.2—3.5). При хорошем выполнении теста и отсутствии специфических жалоб целесообразно повторение обследования не чаще 1 раза в год.

1.2. Этап первичной медико-санитарной помощи

Первичная медико-санитарная помощь оказывается:

- участковыми терапевтами,
- врачами общей практики,
- семейными врачами,
- специалистами кабинетов и отделений медицинской профилактики.

Основными задачами первичной медико-санитарной помощи являются:

1. Выявление, устранение или коррекция факторов риска развития КР: курения, гиподинамии, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, дислипидемии, дефицита витамина В12 и фолиевой кислоты, гипер- или гипотиреоза, черепно-мозговой травмы и т.д.

2. Скрининг деменции у пациентов старше 60 лет с использованием теста Мини-Ког, краткой шкалы оценки психического статуса или других скрининговых тестов.

3. Мониторинг когнитивного статуса в случае незначительных расстройств: отсутствие ошибок при рисовании часов, правильное вспоминание 2-х из 3-х слов в тесте Мини-Ког.

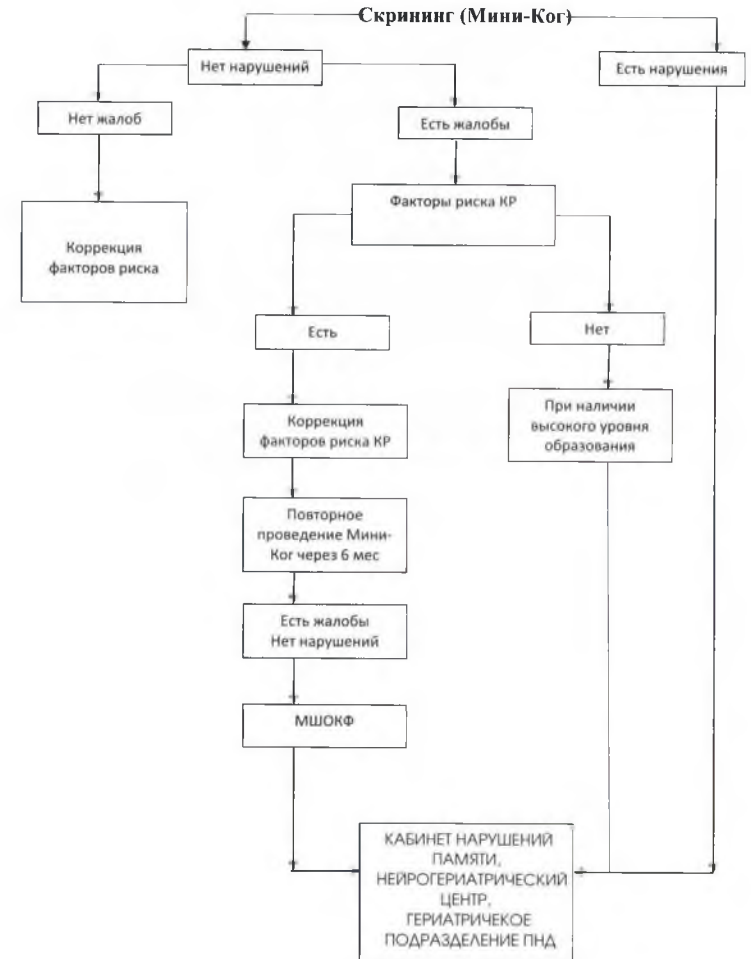


Рисунок 2. Схема организации первичной медико-санитарной помощи (маршрутизация больных по итогам скрининга)

4. Выявление пациентов, нуждающихся в специализированной помощи, и их направление в кабинет нарушений памяти или в муниципальный нейрогерiatricкий центр,

а при выявлении у них суицидальных мыслей, выраженных депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств, галлюцинаторных и бредовых психозов, выраженных поведенческих расстройств — в гериатрический кабинет ПНД.

5. Проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению распространённости КР, сохранению качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста.

Специалисты кабинетов и отделений медицинской профилактики в рамках диспансеризации проводят скрининг пациентов старше 75 лет на наличие КР с использованием теста Мини-Ког, вне зависимости от наличия специфических жалоб.

При наличии стойчивых жалоб когнитивного характера у пациентов с исходно высоким уровнем образования по возможности и при наличии у врача первичного звена соответствующих навыков рекомендовано проведение Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МШОКФ) (Приложение 3). При невозможности проведения МШОКФ и при наличии симптомов, указывающих на неврологическое, психическое заболевание или наличие множественных гериатрических синдромов, пациентов следует направлять в кабинеты специализированной помощи (кабинет нарушений памяти или нейрогериатрический центр).

1.3. Этап специализированной помощи

1.3.1. Кабинет нарушений памяти

Кабинеты нарушений памяти входят в состав городской поликлинической консультативно-диагностической службы, а также могут функционировать на базе кабинетов гериатров. Кабинеты нарушений памяти работают в плановом (амбулаторном) порядке. Рекомендуются создавать кабинеты нарушений памяти в медицинской организации (её структурном подразделении) из расчёта один на 50000 прикрепленного населения пожилого и старческого возраста, с работой в 2 смены (2 врача на 1 кабинет).

В кабинете нарушений памяти ведется работа с пациентами:

- Направленными врачами первичной медико-санитарной помощи (участковыми терапевтами, врачами общей практики, семейными врачами, специалистами кабинетов и отделений медицинской профилактики);
- Обратившимися самостоятельно или по совету родственников/социальных работников.

К основным задачам кабинета нарушений памяти относятся:

- осуществление лечебно-консультативной помощи пациентам с КР;
- профилактическая (организационно-методическая) работа по предупреждению КР у лиц пожилого и старческого возраста;
- осуществление координации работы врачей первичного звена, врачей-специалистов, органов социальной защиты;
- маршрутизация пациента с учетом особенностей его состояния и потребностей.

Стандарт оснащения кабинета нарушений памяти должен включать:

1. Отдельные помещения (для врача и медицинской сестры) с доступной средой (обеспечение доступа на инвалидной коляске, ходунках)
2. Рабочее место врача и медицинской сестры
3. Компьютер (с доступом в интернет)
4. Принтер
5. Набор бланков нейропсихологических шкал
6. Набор неврологических инструментов (неврологический молоток, камертон, иглы для проверки чувствительности и т.д.)
7. Кушетка

В штат кабинета нарушений памяти входят:

1. Врач — квалифицированный специалист (невролог, психиатр, гериатр);
2. Специалист по социальной работе
3. Медицинская сестра с навыками проведения нейропсихологического тестирования

Осуществлять прием пациентов в кабинете нарушений памяти при наличии в штате амбулаторного учреждения нескольких врачей-специалистов могут врач-невролог и/или врач-психиатр и/или врач-гериатр обладающий знаниями и навыками клинического и инструментального обследования больных с когнитивными расстройствами. Прием пациентов должен проводиться из расчёта 60 мин на пациента.

По возможности необходима организация кабинета нарушений памяти с работой квалифицированной медицинской сестры, имеющей навыки проведения тестирования.

Функциональные обязанности врача кабинета нарушений памяти:

- прием и ведение пациентов с КР, подразумевающие:
- определение наличия КР и степени их выраженности;
- проведение дифференциально-диагностического поиска (составление плана обследования пациента, привлечение, при необходимости, смежных специалистов, применение лабораторных и инструментальных методов исследования);
 - постановку нозологического диагноза;
 - проведение терапии КР с комплексным применением лекарственных и немедикаментозных методов;
 - разработку долгосрочного индивидуального плана проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, плана социальной и психологической адаптации и контроль за их выполнением;
 - динамическое наблюдение (через каждые 3—6 месяцев);
 - направление пациентов в нейрогериатрический центр или, при невозможности, госпитализация в неврологический или гериатрический стационар для дополнительного обследования и уточнения нозологического диагноза;
 - организационно-методическая, профилактическая работа, включая проведение школ для пациентов и для лиц, осуществляющих за ними уход.

При наличии показаний к ведению пациента могут привлекаться врачи других специальностей.

Показания для консультации невролога:

- неврологическая симптоматика;
- острое развитие КР, связь с травмой головы, особенности анамнеза, требующие исключения обратимой деменции, в том числе развитие КР в молодом и среднем возрасте (до 60 лет);

Показания для консультации психиатра:

- делирий/спутанность сознания;
- выраженные аффективные и поведенческие расстройства (включая суицидальные мысли), галлюцинаторные и бредовые расстройства, расстройства влечений и другие поведенческие расстройства;
- острое психотическое состояние;
- подозрение на эндогенный характер имеющихся расстройств (в том числе по анамнезу).

Показания для консультации гериатра:

- наличие соматических расстройств;
- гериатрические синдромы (старческая астения; синдром мальнутриции; синдром дегидратации; полиморбидность; полипрагмазия; повторные падения или их высокий риск и др.).

Функциональные обязанности специалиста по социальной работе:

1. определение объёма социальной помощи, дальнейшей необходимой маршрутизации пациента (патронаж на дому, дом престарелых, помощь социального работника на дому) на основании проведенной комплексной гериатрической оценки и нейропсихологического тестирования;
2. осуществление помощи в получении необходимого объёма социального обеспечения;
3. контакт с социальными службами по месту жительства с информированием органов социальной защиты населения о необходимости и объеме социальной помощи пациенту.

Консультация в кабинете нарушений памяти или нейрогериатрическом центре при наличии значимых КР должна осуществляться в сопровождении родственников или опе-

кунов. В случае если пациент одинок, специалист по социальной работе должен связываться с территориальными центрами социального обслуживания для решения вопроса о последующем социальном патронаже и помещении пациента в дом престарелых.

Функциональные обязанности медицинской сестры кабинета нарушений памяти:

1. Доврачебный осмотр (сбор анамнеза, анкетирование и заполнение опросников и шкал).
2. Администрирование (координация) активности социальных и медицинских служб с учетом индивидуальных потребностей каждого пациента.
3. Поддержание дистантной связи с пациентами, контроль за выполнением врачебных назначений, ведение компьютеризированной базы данных пациентов.

1.3.2. Региональные, городские, муниципальные центры когнитивных расстройств

Региональные, городские, муниципальные центры когнитивных расстройств работают на базе неврологических или психиатрических отделений в структуре соответствующих многопрофильных больниц, НИИ, на базе кафедр и проводят диагностическую, лечебную, организационную, педагогическую и научную работу по профильным проблемам, к которым относятся:

- Оказание специализированной помощи сложным пациентам, пациентам с редкими заболеваниями или нетипичным течением заболеваний;
- Дифференциальная диагностика и уточнение нозологического диагноза;
- Применение специальных методов обследования, включая нейровизуализацию, лабораторные и электрофизиологические методы;
- Коррекция проводимой медикаментозной и немедикаментозной терапии;

- Организация и участие в массовых мероприятиях, проведение медико-социальных акций, круглых столов, конференций по актуальным проблемам КР, содействие в практической реализации принятых решений;
- Взаимодействие в пределах компетенции с другими организациями;
- Внедрение в практику современных достижений в области профилактики, диагностики и лечения КР, а также методов обучения и повышения медицинской грамотности населения по этим вопросам и проведения анализа эффективности их применения;
- Совершенствование методов нейропсихиатрического исследования;
- Ведение регистров больных с КР, сбор и интерпретация эпидемиологических сведений;
- Проведение научной работы по проблемам когнитивных и других нейропсихиатрических нарушений.

Структура и оснащение городского и муниципального центра когнитивных расстройств:

1. Кабинеты врачей, специалистов по социальной работе (с наличием соответствующего оборудования по необходимости в зависимости от специальности);
2. Кабинет среднего медицинского персонала;
3. Процедурный кабинет;
4. Помещения для немедикаментозных методов лечения
5. Помещение для проведения занятий физической реабилитации.

В структуру центра могут входить отделение функциональной диагностики и лаборатория, либо должно быть организовано дополнительное обследование пациентов с осуществлением лабораторных и инструментальных методов, выполнение которых требуется для постановки диагноза (см. Раздел 2.1).

Структура и оснащение регионального центра когнитивных расстройств:

1. Наличие оснащения для городского и муниципального центра.
2. Наличие магнитно-резонансного томографа не менее 1,5 тесла.

Штат городского, муниципального центра когнитивных расстройств:

1. Врач-невролог.
2. Врач-психиатр.
3. Врач-гериатр.
4. Нейропсихолог.
5. Эрготерапевт.
6. Медицинская сестра.
7. Специалист по социальной работе.

Штат регионального центра когнитивных расстройств:

1. Специалисты городского и муниципального центра.
2. Специалист по нейровизуализационным методам исследования (рентгенолог и рентген-лаборант).

Функциональные обязанности врача-невролога:

1. Прием и ведение пациентов с нарушениями памяти и других когнитивных функций, пациентов с наличием признаков структурного или дисметаболического поражения головного мозга.

2. Составление плана дообследования, включая определение необходимости привлечения смежных специалистов, применения дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования.

3. Составление плана лечения, включая определение потребности в медикаментозной терапии и немедикаментозных методах лечения.

Функциональные обязанности психиатра включают:

1. Консультацию пациентов с:
 - тревожно-аффективными (особенно при наличии суицидальных тенденций) и маниакальными расстройствами,

с галлюцинаторными, бредовыми и поведенческими нарушениями;

- подозрением на эндогенный характер имеющихся расстройств (в том числе по анамнезу);
 - делирием/спутанностью сознания.
2. Коррекцию схемы и плана лечения и реабилитации или направление в гериатрический кабинет ПНД.

Функциональные обязанности гериатра:

1. Консультация больных с различными гериатрическими синдромами (старческой астенией, дегидратацией, мальнутрицией, полиморбидностью, недержанием тазовых функций, лиц с высоким риском падений и др.).

2. Составление плана дообследования при выявлении соматических заболеваний или декомпенсации хронических состояний.

3. Оптимизация медикаментозной терапии с учетом сопутствующих соматических заболеваний для снижения риска полипрагмазии.

4. Оптимизация немедикаментозных мер, направленных на профилактику осложнений, связанных с падениями, мультисенсорной недостаточностью и т.д.

Функциональные обязанности нейропсихолога регионального центра:

- проведение углубленного нейропсихологического обследования с определением выраженности функционального дефекта и возможности его немедикаментозной коррекции;
- проведение тренингов по когнитивному стимулированию, логопедической работе.

Функциональные обязанности эрготерапевта:

- составление программы реабилитации, в частности при наличии двигательных нарушений, нарушений равновесия;
- проведение регулярных занятий ЛФК в групповом и индивидуальном порядке.

Функциональные обязанности специалиста по социальной работе:

- определение объема социальной помощи, дальнейшей необходимой маршрутизации пациента (патронаж на дому, дом престарелых, помощь социального работника на дому);
- осуществление помощи в получении необходимого объема социального обеспечения;
- связь с социальными службами по месту жительства.

Функциональные обязанности медицинской сестры:

- доврачебный осмотр (сбор анамнеза, анкетирование и заполнение опросников и шкал);
- проведение комплексной гериатрической оценки (КГО);
- администрирование (координация) деятельности социальных и медицинских служб с учетом индивидуальных потребностей каждого пациента;
- поддержание дистантной связи с пациентами, контроль за выполнением врачебных назначений;
- ведение компьютеризированных баз данных пациентов.

1.3.3. Специализированная психиатрическая помощь больным с когнитивными расстройствами

1.3.3.1. Специализированная амбулаторная психиатрическая помощь в гериатрических подразделениях территориального ПНД включает:

- диагностику и оказание психиатрической помощи больным с выраженными психопатологическими расстройствами (включая затяжные аффективные и тревожные состояния и психозы) и поведенческими расстройствами, развивающимися на фоне деменции или когнитивных нарушений, не достигших степени деменции;
- реабилитационные и профилактические мероприятия по предупреждению или замедлению прогрессирования инвалидизации;
- при невозможности купирования в амбулаторных условиях депрессии, мании, психоза или социально опасного

поведения, направление больных в психиатрический стационар, желательно в территориально ближайшее психогериатрическое или предназначенное для лечения пациентов со смешанной (психиатрической и соматической патологией) отделение;

- помощь больному и его семье в решении социальных и юридических вопросов;
- взаимодействие с социальными службами для обеспечения максимально длительного удержания пациента в домашних условиях;
- при необходимости долговременного ухода направление больных в ПНИ;
- предоставление ухаживающим лицам необходимой информации о социальной поддержке, об особенностях поведения с больными, советы по созданию безопасной для больного и других членов семьи среды в месте его проживания и психологическая поддержка ухаживающих лиц.

1.3.3.2. Специализированная стационарная психиатрическая помощь включает:

- гериатрические отделения в крупных психиатрических стационарах для диагностики и купирования острых или выраженных психических расстройств (для кратковременной — не более 1 мес. — госпитализации) у пожилых больных, в том числе, с деменцией;
- гериатрические отделения с дополнительным сестринским уходом (возможно на хозрасчетной основе) для оказания более долговременной помощи больным с деменцией и хроническими психопатологическими и поведенческими расстройствами.

1.4. Долговременная медико-социальная помощь и уход

Долговременная медико-социальная помощь включает в себя:

- постдиагностические услуги (поддержка в сохранении самостоятельности);

- обслуживание на уровне местного сообщества, включая помощь лицам, осуществляющим неофициальный уход;
- непрерывную медицинскую помощь, особенно на последних стадиях болезни в ПНИ, домах престарелых, частных или частно-государственных пансионатах.

По мере прогрессирования состояния, все большее значение при ведении пациента приобретают нелекарственные меры, включая организацию ухода, как непрофессионального, осуществляемого силами родственников, так и профессионального медицинского за счет сиделок, соработников или в рамках учреждений по уходу.

Еще одним важным звеном, с учетом выраженности бремени ухода за дементным пациентом, является организация поддержки ухаживающих лиц, включая как психологическую, так и своевременную медицинскую помощь.

2. КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

2.1. Обследование пациентов с когнитивными нарушениями

2.1.1. Клинические методы диагностики когнитивных расстройств

Клиническая диагностика базируется на оценке неврологического, нейропсихологического и психиатрического статуса пациента.

Целью неврологического обследования является диагностика неврологических синдромов (двигательных, чувствительных, вегетативных нарушений), особое внимание следует уделять оценке двигательных расстройств, нарушений равновесия. При наличии жалоб на головокружение в числе прочего должны проводиться тесты для исключения ортостатической гипотензии.

Нейропсихологическое обследование подразумевает исследование состояния высших мозговых функций, включающих память, речь, праксис, гнозис, мышление и внимание.

В зависимости от этапа и цели оказания помощи возможно использование как скрининговых шкал, так и проведение более детального нейропсихологического обследования.

Важным этапом является исследование психического статуса, с оценкой эмоционально-аффективных и поведенческих расстройств пациента. Краткая оценка может быть выполнена с применением стандартных шкал и опросников (гериатрическая шкала депрессии, шкала Спилберга-Ханина, госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкалы апатии, нарушений сна). При подозрении на выраженные тревожно-депрессивные, поведенческие расстройства требуется консультация психиатра.

Следующий этап заключается в определении тяжести КР. В зависимости от выраженности нарушений и их влияния на повседневную (профессиональную, социальную, бытовую) жизнь пациента КР подразделяются на недементные формы и деменцию.

2.1.2. Параклинические методы диагностики когнитивных расстройств

Всем пациентам с когнитивными нарушениями в обязательном порядке необходимо проведение анализа крови с определением уровня эритроцитов и гемоглобина (исключение микро- и макроцитарной анемии), скорости оседания эритроцитов (СОЭ), лейкоцитарной формулы (исключение воспалительных реакций); определения уровня электролитов (натрий, кальций, калий), глюкозы, печёночных ферментов, креатинина, мочевины, гормонов щитовидной железы (свободного Т4 и ТТГ), уровня витамина В12 и фолатов; серологического исследования крови на сифилис, общего анализа мочи.

При развитии деменции неясной этиологии у пациентов может потребоваться более детальное серологическое обследование с исключением возможных нейроинфекций, включая ВИЧ, боррелиоз, токсоплазмоз, вирусы герпеса и т.д.

Исследование цереброспинальной жидкости проводится при подозрении на нейроинфекционное заболевание,

а кроме того при возможности анализа биомаркеров болезни Альцгеймера (бета-амилоида, общего и фосфорилированного тау-протеина).

Лабораторно-генетическое исследование необходимо проводить при болезни Альцгеймера с ранним началом, подозрении на лобно-височную деменцию и хорею Гентингтона.

Электроэнцефалография не обладает особой диагностической значимостью. Её необходимо проводить только при подозрении на эпилепсию и болезнь Крейтцфельда-Якоба.

При наличии сосудистых факторов риска (сердечно-сосудистых заболеваний, артериальной гипертонии, гиперхолестеринемии) необходимо кардиологическое обследование с проведением электрокардиографии и эхокардиографии, а также исследование магистральных сосудов головы при помощи дуплексного или триплексного сканирования.

Важнейшее место в диагностике деменций играют методы нейровизуализации — магнитно-резонансная томография (МРТ). Желательно, чтобы мощность МРТ была не менее 1,5 Тесла. Данный метод необходим для определения выраженности структурных изменений головного мозга, исключения потенциально курабельных причин (исключение опухоли, субдуральной гематомы, гидроцефалии, уточнение выраженности сосудистого поражения, выраженности и локализации атрофических изменений).

Возможно проведение КТ головного мозга при подозрении на патологию костной системы и при подозрении на наличие гематомы.

Большой диагностической значимостью обладает позитронно-эмиссионная томография, особенно в отношении выявления додементных стадий болезни Альцгеймера. При необходимости проведения исследования необходимо проведение его на уровне окружного федерального уровня.

Перечень методов параклинического обследования пациентов с когнитивными нарушениями приведен в Таблице 3.

Таблица 3

Методы лабораторной и инструментальной диагностики при когнитивных нарушениях

Лабораторные	Инструментальные
Общий анализ мочи	МРТ (1,5 — 3 Т), структурная, функциональная
Общий анализ крови	КТ
Биохимический анализ крови (показатели функции печени, почек, липидный спектр, электролиты, глюкоза) Гликированный гемоглобин	Дуплексное сканирование магистральных артерий головы
Коагулограмма	Исследование функции сердца: ЭКГ, Эхо-КГ, СМАД, холтеровское мониторирование ЭКГ
Анализ гормонов щитовидной железы	Рентгенография органов грудной клетки
Анализ концентрации витамина В12, фолиевой кислоты	ЭЭГ
Серологические исследования (ВИЧ, сифилис, прочие нейроинфекции)	ПЭТ
Анализ ликвора (общий, серологические исследования при подозрении на нейроинфекцию, анализ маркеров болезни Альцгеймера)	
Генетическое исследование	

2.2. Основы лечения когнитивных расстройств

Ведение пациентов с КР основано на следующих принципах:

- Полноценное обследование пациентов для уточнения причин КР;
- Ранняя диагностика и раннее начало терапии;
- Вторичная профилактика нарастания когнитивного дефицита — коррекция факторов риска;
- Немедикаментозная терапия — физическая активность, когнитивный тренинг, оптимальная диета;

- Медикаментозная терапия;
- Динамическое наблюдение — корректировка диагноза и проводимой терапии.



Рисунок 3. Алгоритм лечения пациентов с когнитивными расстройствами

Основная цель ведения пациентов с недементными когнитивными нарушениями — профилактика прогрессирования КР (профилактика деменции).

С целью профилактики развития деменции в первую очередь необходим отказ от курения (2++, А), контроль массы тела (2+, В), контроль артериального давления (1, А), гиперхолестеринемии (2+, А), гипергликемии (2+, С), средиземноморская диета (2+, В). (Цифры в круглых скобках отражают силу и качество рекомендаций с позиций доказательной медицины, см. Приложение 1).

При лечении недементных КР в первую очередь необходимо проведение немедикаментозных мер, которые включают в себя когнитивный тренинг, физические упражнения (2+, В), оптимальную (средиземноморскую) диету. Также необходима коррекция сердечно-сосудистых, дисметаболических нарушений, депрессии.

Обсуждается назначение нейропротективной и вазоактивной терапии. Несмотря на низкую доказательную базу данных препаратов, некоторые из них имеют более высокий уровень доказательности при лечении сосудистых недементных когнитивных расстройств, как например гинкго билоба

(EGb 761®) в дозировке 240 мг в сутки (2, В), актовегин по 1200 мг в сутки (2, В), церебролизин по 20 мл в/в капельно (2, В) и некоторые другие.

Медикаментозная терапия деменции состоит из базисной и симптоматической. К базисной терапии относятся препараты, обеспечивающие стабилизацию/замедление снижения когнитивных функций.

К средствам базисной терапии относятся две группы препаратов:

1. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы — донепезил, ривастигмин и галантамин.

2. Ингибитор глутаматных NMDA-рецепторов — акатинол мемантин.

Положительное действие при приёме базисных препаратов выражается во временном улучшении или стабилизации нарушений памяти, других когнитивных функций, регрессе поведенческих нарушений, снижении зависимости от окружающих.

Все три ингибитора ацетилхолинэстеразы обладают сопоставимой эффективностью.

Критерием эффективности ацетилхолинэргической терапии является улучшение или стабилизация симптомов на протяжении 6—12 мес.

Ингибиторы ацетилхолинэстеразы эффективны при лёгкой и средней степени выраженности деменции (1++, А). Мемантин показан при средней и тяжёлой деменции (1++, А). При тяжёлой деменции среди ингибиторов ацетилхолинэстеразы эффективность показана только у донепезила (1+, А), однако Европейское агентство оценки лекарственных средств дало положительное заключение только для мемантина. При неэффективности ингибиторов ацетилхолинэстеразы на стадии лёгкой деменции также показано назначение мемантина (1+, В).

Имеются данные о большей эффективности комбинированной терапии (сочетанный приём мемантина и ингибиторов ацетилхолинэстеразы) по сравнению с монотерапией. Считается, что при этом увеличивается эффективность, временно улучшаются когнитивные функции, повседневная

активность и снижается выраженность поведенческих нарушений, возбуждения и агрессии. Целесообразно назначать комбинированную терапию при уменьшении эффективности монотерапии, а также при умеренной и тяжёлой деменции (1+, А).

При появлении у пациентов с деменцией психотических расстройств (бред, галлюцинации, делирий), агрессивного поведения, возбуждения, необходимо исключить присоединение острых или декомпенсацию хронических соматических заболеваний, а также нежелательные явления медикаментозной терапии.

Для профилактики и коррекции поведенческих и психических нарушений в первую очередь должны применяться немедикаментозные методы — регулярная физическая активность, музыкальная терапия, терапия домашними животными, тактильные воздействия (массаж, прикосновения), создание благоприятной и безопасной окружающей среды, а также необходимо информирование родственников о правилах взаимодействия с больными.

Медикаментозное лечение поведенческих и психических расстройств необходимо начинать с препаратов базисной терапии (ингибиторов ацетилхолинэстеразы или мемантина (1++, А)). При этом мемантин является более эффективным для лечения поведенческих нарушений, в частности агрессии/ажитации, раздражительности, и рекомендуется с этой целью (1++, А).

Учитывая, что антипсихотические препараты повышают смертность пожилых пациентов, их следует использовать только при неэффективности максимальных доз препаратов базисной терапии и немедикаментозных мероприятий, а также когда исключены соматические причины развития психических расстройств или их связь с приемом других лекарственных препаратов (А). Необходимо назначение атипичных нейролептиков (кветиапина, рисперидона, оланзапина в минимальных дозировках (1, А). Применение типичных нейролептиков (хлорпротиксен, галопери-

дол и т.д.) нежелательно. Если при приёме нейролептика в течение 5—7 дней состояние пациента не улучшается, то выбранный препарат должен быть заменен другим. Антипсихотическая терапия назначается на 3—4 недели, после регресса психотических и поведенческих расстройств дозу препарата необходимо постепенно снижать, а затем отменить. Если на фоне отмены или снижения суточной дозы психопатологическая симптоматика появляется вновь или усиливается, лечение необходимо продолжить в прежней терапевтической дозе.

При нарушениях сна также необходимо начать лечение с назначения базисных противодementных препаратов. Доказано, что их применение помогает нормализовать сон на патогенетическом уровне. При недостаточной эффективности базисных препаратов рекомендуется соблюдение режима сна, также приём препаратов мелатонина медленного высвобождения, малые дозы зопиклона.

Следует воздерживаться от назначения бензодиазепинов и барбитуратов (А), так как они могут оказывать негативный эффект в отношении когнитивных функций и поведения. При наличии депрессии оправдано назначение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (2++, А).

Исключается применение трициклических антидепрессантов, а также антипсихотиков со значительным холинолитическим действием.

Особенности лечения пациентов с деменцией различной этиологии отражены в таблице 4.

Таблица 4

Дифференцированная терапия при деменции различной этиологии

Заболевание	Терапия (уровень доказательности) *
Болезнь Альцгеймера	Ингибиторы ацетилхолинэстеразы (1++, А), акатинол мемантин (1++, А), комбинированная терапия (ингибитор ацетилхолинэстеразы+мемантин 1, А)

Заболевание	Терапия (уровень доказательности) *
Сосудистая деменция	Коррекция сердечно-сосудистых факторов, вторичная профилактика инсульта (гипотензивные средства, статины, антиагреганты, антикоагулянты) (1++, А), Ингибиторы ацетилхолинэстеразы и мемантин (2++, С)
Смешанная деменция (сочетание сосудистой деменции и болезни Альцгеймера)	Коррекция сердечно-сосудистых факторов, вторичная профилактика инсульта (гипотензивные средства, статины, антиагреганты, антикоагулянты) (1++, А), Ингибиторы ацетилхолинэстеразы, мемантин (1++, В)
Лобно-височная дегенерация	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (2В) Мемантин (2С) Ингибиторы ацетилхолинэстеразы не рекомендуются (1А)
Деменция с тельцами Леви	Ингибиторы ацетилхолинэстеразы (1++, А) Мемантин (1++, В)
Деменция при болезни Паркинсона	Ингибиторы ацетилхолинэстеразы (1++, А) Мемантин (1++, В)
Нормотензивная гидроцефалия	Хирургическое лечение (шунтирование) при наличии показаний
Дисметаболические энцефалопатии	Коррекция соматических, метаболических нарушений

* Уровни доказательности приведены в соответствии с международными рекомендациями.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Методы оценки качества и силы рекомендаций с позиций доказательной медицины

Сила и качество рекомендаций определяются источником информации, наиболее значимой, с позиции доказательной медицины, является информация, полученная в рандомизируемых контролируемых исследованиях (РКИ). Уровень полученных доказательств варьирует от 1++ до 4 (таблица 1), на основе чего рекомендациям присваивается класс от А до D (таблица 2).

Таблица 1

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендации

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-*	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры контролируемых или когортных исследований. Высококачественные обзоры контролируемых или когортных исследований с очень низким риском эффектов перекрытия или систематических ошибок и высокой вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные контролируемые исследования со средним риском эффектов перекрытия или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-*	Контролируемые исследования со средним риском эффектов перекрытия или значимой вероятностью отсутствия причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например, описание случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Таблица 2

**Рейтинговая схема
для оценки силы рекомендаций**

Класс	Уровень достоверности	Описание
A	Высокая достоверность	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененных как 1+ напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов
B	Умеренная достоверность	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененных как 2+ + напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Ограниченная достоверность	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененных как 2+ напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Неопределённая достоверность	Доказательства уровня 3, 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++

Приложение 2

Деменция в МКБ-10

Заболевания	Класс «Болезни нервной системы» (G), раздел «Цереброваскулярные заболевания» (I)	Класс «Психические расстройства и расстройства поведения» (F)
Болезнь Альцгеймера	G30 Болезнь Альцгеймера G30.0 Болезнь Альцгеймера с ранним началом G30.1 Болезнь Альцгеймера с поздним началом G30.8 Другие формы болезни Альцгеймера G30.9 Болезнь Альцгеймера неуточненная	F00 Деменция при болезни Альцгеймера F00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом F00.8 Деменция при болезни Альцгеймера атипичная или смешанного типа F00.9 Деменция при болезни Альцгеймера неуточненная
Деменция при цереброваскулярных заболеваниях Постинсультная деменция Деменция при дисциркуляторной энцефалопатии	I69 Последствия цереброваскулярных заболеваний I67.3 Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия I67.8 Другие уточненные цереброваскулярные заболевания	F01 Сосудистая деменция F01.0 Сосудистая деменция с острым началом F01.1 Мультиинфарктная деменция F01.2 Подкорковая сосудистая деменция F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция F01.8 Другая сосудистая деменция F01.9 Сосудистая деменция неуточненная
Деменция с тельцами Леви	G31.8 Другие уточненные дегенеративные болезни нервной системы	F02.8 Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других рубриках
Деменция при болезни Паркинсона	G20 Болезнь Паркинсона	F02.3 Деменция при болезни Паркинсона

Окончание таблицы

Заболевания	Класс «Болезни нервной системы» (G), раздел «Цереброваскулярные заболевания» (I)	Класс «Психические расстройства и расстройства поведения» (F)
Лобно-височная деменция	G31.0 Ограниченная атрофия головного мозга	F02.0 Деменция при болезни Пика
Инфекционные заболевания	G05.0 Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках Энцефалит, миелит или энцефаломиелит (при): сифилисе: врожденном (A50.4+) позднем (A52.1+) G05.1 Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках B22.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии	F02.4 Деменция при заболеваниях, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) F07.1 Постэнцефалитический синдром
Посттравматическая энцефалопатия	T90.5 Последствия внутрочерепной травмы	F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

Приложение 3

Приложение 3.1

Классификация когнитивных нарушений с учетом степени тяжести

Когнитивные нарушения		
Недементные формы		Деменция
Предумеренные КР	Легкие КР	Тяжелые КР
Субъективные КР Жалобы на снижение когнитивных функций, не связанные с каким-либо установленным диагнозом либо установленным неврологическим, психиатрическим заболеванием или интоксикацией, отсутствие каких-либо отклонений от возрастной нормы по данным когнитивных тестов, используемых для диагностики болезни Альцгеймера и других дементирующих заболеваний.	Снижение когнитивных способностей по сравнению с более высоким преморбидным уровнем индивидуума, которое формально остается в пределах среднестатистической возрастной нормы или отклоняется от нее незначительно. Не вызывает затруднений в повседневной жизни.	Снижение когнитивных способностей, которое приводит к существенным затруднениям в повседневной жизни, частичной или полной утрате независимости и самостоятельности.
	Снижение когнитивных способностей, явно выходящее за пределы возрастной нормы. Отражается в способностях индивидуума и обращает на себя внимание окружающих. Не приводит к существенным затруднениям в повседневной жизни, хотя может препятствовать сложным видам деятельности.	

Приложение 3.2

Аризонский опросник для родственников

Данный тест позволяет понять, являются ли появившиеся изменения в поведении близкого человека и в его личности проявлениями серьезной болезни, или пока серьезных причин для беспокойства нет. Тест помогает выявить когнитивные нарушения на ранней стадии в 90% случаев.

1. У близкого Вам человека есть проблемы с памятью? Да — 1, нет — 0.
2. Если это так, стала память хуже, чем несколько лет назад? Да — 1, нет — 0.
3. Ваш близкий повторяет один и тот же вопрос или высказывает одну и ту же мысль несколько раз в течение дня? Да — 2, нет 0.
4. Забывает ли он о назначенных встречах или событиях? Да — 1, нет — 0.
5. Кладёт ли он вещи в непривычные места чаще 1 раза в месяц? Да — 1, нет — 0.
6. Подозревает ли близких в том, что они прячут или крадут его вещи, когда не может найти их? Да — 1, нет — 0.
7. Часто ли он испытывает трудности при попытке вспомнить текущий день недели, месяц, год? Да — 2, нет — 0.
8. Он испытывает проблему с ориентацией в незнакомом месте? Да — 1, нет — 0.
9. Усиливается ли рассеянность за пределами дома, в поездках? Да — 1, нет — 0.
10. Возникают ли проблемы при подсчёте сдачи в магазине? Да — 1, нет — 0.
11. Есть ли трудности с оплатой счетов, финансовых операций? Да — 2, нет 0.
12. Забывает ли он принимать лекарства? Были случаи, когда он не мог вспомнить, принимал ли он уже лекарство? Да — 1, нет — 0.
13. Есть ли проблемы с управлением автомобилем? Да — 1, нет — 0.

14. Возникают ли трудности при пользовании бытовыми приборами, телефоном, телевизионным пультом? Да — 1, нет — 0.

15. Испытывает ли он затруднения, выполняя работу по дому? Да — 1, нет — 0.

16. Потерял ли он интерес к привычным увлечениям? Да — 1, нет — 0.

17. Может ли Ваш близкий потеряться на знакомой территории (например, рядом с собственным домом)? Да — 2, нет 0.

18. Утрачивает ли чувство правильного направления движения? Да — 1, нет — 0.

19. Случается ли, что Ваш близкий не только забывает имена, но и не может вспомнить нужное слово? Да — 1, нет — 0.

20. Путает ли Ваш близкий имена родственников или друзей? Да — 2, нет 0.

21. Есть ли у него проблемы с узнаванием знакомых людей? Да — 2, нет 0.

Приложение 3.3

Шкала оценки повседневной активности

Предназначена для мониторинга функциональных изменений (Weintraub et al., 2009). Шкала рекомендована для использования в клинической практике (первичное звено, реабилитация и др.) и в исследовательской работе, а также в домашних условиях и в пансионатах.

Оцените способность пожилого человека к выполнению повседневных дел, ответив на следующие вопросы:

Способен ли пожилой человек:

1. Осуществлять повседневные расчеты, оплату коммунальных услуг, вести домашний бюджет.
2. Хранить квитанции и другие присылаемые документы.
3. Самостоятельно покупать одежду, товары для дома, бакалею.
4. Играть в игры, заниматься хобби.
5. Разогреть воду, приготовить кофе, выключить плиту после использования.
6. Готовить еду.
7. Быть в курсе последних событий.
8. Смотреть телевизор, читать книги, газеты и журналы, понимать полученную в них информацию и уметь её обсудить.
9. Помнить о назначенных встречах, важных семейных датах, праздничных днях, не забывать принимать лекарства.
10. Совершать поездки по городу на общественном транспорте или на собственном автомобиле.

Подсчет баллов:

Для ответов используется следующая оценка:

- Неспособен выполнять самостоятельно = 3 балла
- Выполняет с посторонней помощью = 2 балла
- Может испытывать затруднения, но выполняет самостоятельно = 1 балл
- Норма = 0 баллов

• Никогда этим не занимался, но в принципе справился бы с этим сейчас = 0 баллов

• Никогда этим не занимался и, скорее всего, испытывал бы затруднения, если бы попробовал сейчас = 1 балл

Интерпретация:

0—8 баллов — Способность к выполнению повседневных дел в пределах возрастной нормы.

9—30 баллов — Рекомендуем обратиться к врачу и сообщить о сложностях в выполнении повседневных дел и о возможных когнитивных расстройствах.

Приложение 3.4

Модифицированная методика Мини-Ког (Mini-Cog)

Lorentz W. J. и соавт., 2002 г.

1. Проинструктируйте пациента: «Повторите три слова: лимон, ключ, шар». Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду. После того как пациент повторил все три слова, нужно попросить его: «А теперь запомните эти слова. Повторите их еще один раз». Добиваемся того, чтобы пациент самостоятельно вспомнил все три слова. При необходимости предъявляем слова повторно до 5 раз.

2. Проинструктируйте пациента: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками. Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки должны указывать на 13:45». Больной должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры, изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Больной также не должен смотреть на реальные часы у себя на руке или на стене. Вместо 13:45 можно попросить поставить стрелки на любое другое время.

3. Проинструктируйте пациента: «Теперь давайте вспомним три слова, которые мы учили в начале». Если больной самостоятельно не может вспомнить слова, можно предложить подсказку. Например: «Вы запоминали еще какой-то фрукт... инструмент... геометрическую фигуру».

Интерпретация:

Существенные трудности при рисовании часов или трудность воспроизведения 2-х слов свидетельствуют о наличии клинически значимых когнитивных нарушений.

Приложение 3.5

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МШОКФ — Montreal Cognitive Assessment, MoCA)

Nasreddine Z. и соавт., 2004 г.

Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ: _____ Образование: _____ Дата рождения: _____
 Пол: _____ Дата: _____

Зрительно-конструктивно-визуально-пространственные функции		Скелетируйте куб		Нарисуйте ЧАСЫ (Дискретный минут двенадцатого) (3 балла)		/5
НАЗЫВАНИЕ						/3
ПАМЯТЬ		ЛИЦО		БАРХАТ		
ВНИМАНИЕ		ЦЕРКОВЬ		ФИАЛКА		/2
РЕЧЬ		КРАСНЫЙ		/нет баллов		
АБСТРАКЦИЯ		ЛИЦО		БАРХАТ		/5
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ		ЦЕРКОВЬ		ФИАЛКА		
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ		КРАСНЫЙ		/6		
ОРИЕНТАЦИЯ		/6		/30		

© Z. Nasreddine MD Version 7.1 www.mocatest.org Норма 26 / 30
 Период: Рэйчеллин О. В., Селвернова А. Ю.
 Проведено: _____

Рисунок. Бланк Монреальской шкалы оценки когнитивных функций

Инструкция по применению

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (тест МоСА) была разработана как средство быстрой оценки при умеренной когнитивной дисфункции. Она оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Время для проведения МоСА составляет примерно 10 минут. Максимально возможное количество баллов — 30; 26 баллов и более считается нормальным.

1. Создание альтернирующего пути:

Исследователь инструктирует испытуемого: «*Пожалуйста, нарисуйте линию, идущую от цифры к букве в возрастающем порядке. Начните здесь [указать на (1)] и нарисуйте линию от 1, затем к А, затем к 2 и так далее. Закончите здесь [точка (Δ)]*».

Оценка: Присваивается один балл, если испытуемый успешно нарисует линию следующим образом: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересечения линий. Любая ошибка, которая немедленно не исправлена самим испытуемым, приносит 0 баллов.

2. Зрительно-конструктивные навыки (Куб):

Применение: Исследователь дает следующие инструкции, указывая на **куб**: «*Скопируйте этот рисунок так точно, как можете, на свободном месте под рисунком*».

Оценка: Один балл присваивается при точно выполненном рисунке:

- Рисунок должен быть трехмерным;
- Все линии нарисованы;
- Нет лишних линий;
- Линии относительно параллельны, и их длина одинакова (прямоугольная призма допускается).

Балл не дается, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

3. Зрительно-конструктивные навыки (Часы):

Применение: Укажите на правую треть свободного пространства на бланке и дайте следующие инструкции: «*Нари-*

суйте часы. Расставьте все цифры и укажите время 10 минут 12-го».

Оценка: Один балл присваивается для каждого из трех следующих пунктов:

- **Контур (1 балл):** Циферблат должен быть круглым, допускается лишь незначительное искривление (т.е. легкое несовершенство при замыкании круга);
- **Цифры (1 балл):** все цифры на часах должны быть представлены, без дополнительных чисел; цифры должны стоять в правильном порядке и быть размещены в соответствующих квадрантах на циферблате; римские цифры допускаются; цифры могут быть расположены вне контура циферблата;
- **Стрелки (1 балл):** должно быть две стрелки, совместно показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть, очевидно, короче, чем минутная стрелка; стрелки должны быть расположены в центре циферблата, с их соединением близко к центру.

Балл не присваивается для данного пункта, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

4. Называние:

Применение: Начиная слева, указать на каждую фигуру и сказать: «*Назовите это животное*».

Оценка: один балл присваивается для каждого из следующих ответов: (1) верблюд или одногорбый верблюд, (2) лев, (3) носорог.

5. Память:

Применение: Исследователь читает список из 5 слов с частотой одно слово в секунду, следует дать следующие инструкции: «*Это тест на память. Я буду вам читать список слов, которые вы должны будете запомнить. Слушайте внимательно. Когда я закончу, назовите мне все слова, которые Вы запомнили. Не важно, в каком порядке вы их назовете*». Делайте отметку в отведенном месте для каждого слова, когда испытуемый его называет при первой попытке. Когда испытуемый укажет, что он закончил (назвал все слова), или не может вспомнить больше слов, прочтите список во второй раз со следующими инструкциями: «*Я прочту те же самые слова во второй раз. Попы-*

пайтесь запомнить и повторить столько слов, сколько сможете, включая те слова, которые вы повторили в первый раз». Поставьте отметку в отведенном месте для каждого слова, которое испытуемый повторит при второй попытке.

Оценка: баллов не дается ни для первой, ни для второй попыток.

6. Внимание:

Прямой цифровой ряд:

Применение: Дайте следующие инструкции: *«Я назову несколько чисел, и когда я закончу, повторите их в точности, как я их назвал». Прочтите пять чисел последовательно с частотой одно число в секунду.*

Обратный цифровой ряд:

Применение: Дайте следующие инструкции: *«Я назову несколько чисел, но когда я закончу, вам будет необходимо повторить их в обратном порядке». Прочтите последовательность из трех чисел с частотой одно число в секунду.*

Оценка: Присвоить один балл за каждую точно повторенную последовательность (N.V.: точный ответ для обратного счета 2—4-7).

Бдительность:

Применение: Исследователь читает список букв с частотой одна буква в секунду, после следующих инструкций: *«Я прочту вам ряд букв. Каждый раз, когда я назову букву А, хлопните рукой один раз. Если я называю другую букву, рукой хлопать не нужно».*

Оценка: Один балл присваивается, если нет ни одной ошибки, либо есть лишь одна ошибка (ошибкой считается, если пациент хлопает рукой при назывании другой буквы или не хлопает при назывании буквы А).

Серийное вычитание по 7:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Теперь я попрошу вас из 100 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из вашего ответа, пока я не скажу стоп». При необходимости, повторите инструкцию.*

Оценка: Данный пункт оценивается в 3 балла. Присваивается 0 баллов при отсутствии правильного счета, 1 балл

за один правильный ответ, 2 балла за два-три правильных ответа и 3 балла, если испытуемый дает четыре или пять правильных ответов. Считайте каждое правильное вычитание по 7, начиная со 100. Каждое вычитание оценивается независимо; так, если участник дает неправильный ответ, но затем продолжает точно вычитать по 7 из него, дайте балл за каждое точное вычитание. Например, участник может отвечать «92—85—78—71—64», где «92» является неверным, но все последующие значения вычитаются правильно. Это одна ошибка, и в данном пункте присваивается 3 балла.

7. Повторение фразы:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Я прочту вам предложение.*

Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Я знаю то, что Иван единственный, кто может сегодня помочь». Вслед за ответом скажите: «Теперь я прочту Вам другое предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате».

Оценка: Присвойте 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторение должно быть точным. Внимательно слушайте в поиске ошибок вследствие пропусков слов (например, пропуск «лишь», «всегда») и замены/добавления (например, «Иван один, кто помог сегодня»; замещение «прячется» вместо «пряталась», употребление множественного числа и т.д.).

8. Беглость речи:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Назовите мне как можно больше слов, начинающихся на определенную букву алфавита, которую я вам сейчас скажу. Вы можете называть любой вид слова, за исключением имен собственных (таких как Петр или Москва), чисел или слов, которые начинаются с одинакового звука, но имеют различные суффиксы, например любовь, любовник, любить. Я остановлю вас через одну минуту. Вы готовы? (Пауза) Теперь назовите мне столько слов, сколько сможете придумать, начинающихся на букву С. (Время 60 сек). Стоп».*

Оценка: Присваивается один балл, если испытуемый назовет 11 слов или более за 60 сек. Запишите ответы внизу или сбоку страницы.

9. Абстракция:

Применение: Исследователь просит испытуемого объяснить, что общего имеется у каждой пары слов, начиная с примера: «Скажите, что общего имеется между апельсином и яблоком». Если пациент отвечает конкретным образом, скажите еще лишь один раз: «Назовите, чем еще они похожи». Если испытуемый не дает правильный ответ (*фрукт*), скажите, «Да, а еще они оба – фрукты». Не давайте никаких других инструкций или пояснений.

После пробной попытки, скажите: «А теперь скажите, что общего между поездом и велосипедом». После ответа, дайте второе задание, спросив: «Теперь скажите, что общего между линейкой и часами». Не давайте никаких других инструкций или подсказок.

Оценка: Учитываются только две последние пары слов. Дается 1 балл за каждый правильный ответ.

Правильными считаются следующие ответы:

Поезд-велосипед = средства передвижения, средства для путешествия, на обоих можно ездить;

Линейка-часы = измерительные инструменты, используются для измерения.

Следующие ответы не считаются правильными:

Поезд-велосипед = у них есть колеса;

Линейка-часы = на них есть числа.

10. Отсроченное воспроизведение:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: «Я Вам ранее читал ряд слов и просил Вас их запомнить». Назовите мне столько слов, сколько можете вспомнить». Делайте пометку за каждое правильно названное без подсказки слово в специально отведенном месте.

Оценка: Присваивается 1 балл за каждое названное слово без каких-либо подсказок.

По желанию: После отсроченной попытки вспомнить слова без подсказки, дайте испытуемому подсказку, в виде семантического категориального ключа для каждого неназванного слова. Сделайте отметку в специально отведенном месте, если испытуемый вспомнил слово с помощью категориальной подсказки или подсказки множественного выбора.

Подскажите таким образом все слова, которые испытуемый не назвал. Если испытуемый не назвал слово после категориальной подсказки, следует дать ему/ей подсказку в форме множественного выбора, используя следующие инструкции: «Какое из слов, по вашему мнению, было названо НОС, ЛИЦО или РУКА?» Используйте следующие категориальные подсказки и/или подсказки множественного выбора для каждого слова:

ЛИЦО категориальная подсказка: часть тела множественный выбор: нос, лицо, рука

БАРХАТ категориальная подсказка: тип ткани множественный выбор: джинс, хлопок, бархат

ЦЕРКОВЬ категориальная подсказка: тип здания множественный выбор: церковь, школа, больница

ФИАЛКА категориальная подсказка: тип цветка множественный выбор: роза, тюльпан, фиалка

КРАСНЫЙ категориальная подсказка: цвет множественный выбор: красный, синий, зеленый

Оценка: **За воспроизведение слов с подсказкой баллы не даются.** Подсказки используются лишь для информационных клинических целей и могут дать интерпретатору теста дополнительную информацию о типе нарушения памяти. При нарушении памяти вследствие нарушения извлечения, выполнение улучшается при помощи подсказки. При нарушениях памяти вследствие нарушения кодирования, выполнение теста после подсказки не улучшается.

11. Ориентация:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне сегодняшнюю дату». Если испытуемый не дает полный ответ, то дайте соответствующую подсказку: «Назовите (год, месяц, точную дату и день недели)». Затем скажите: «А теперь, назовите мне данное место, и город, в котором оно находится».

Оценка: присваивается один балл за каждый правильно названный пункт. Испытуемый должен назвать точную дату и точное место (название больницы, клиники, поликлиники). Не присваивается балл, если пациент делает ошибку в дне недели или дате.

Общий балл: Суммируются все баллы в правой колонке. Добавить один балл, если у пациента 12 лет образования или менее, до возможного максимума 30 баллов.

Окончательный общий балл 26 и более считается нормальным.

Клиническая рейтинговая шкала деменции (Clinical Dementia Rating scale — CDR), Morris J. C., 1993 г.

0 баллов — нет нарушений

0,5 балла — сомнительная деменция:

Память: постоянная незначительная забывчивость, неполное припоминание произошедших событий.

Ориентировка: полностью ориентирован, могут быть неточности с названием даты.

Мышление: незначительные трудности при решении задач, при анализе сходств и различий.

Взаимодействие с окружающими: незначительные трудности.

Поведение дома и увлечения: незначительные трудности.

Самообслуживание: нет нарушений.

1 балл — легкая деменция

Память: более значительная забывчивость на текущие события, которая мешает в повседневной жизни.

Ориентировка: не полностью ориентирован во времени, но всегда правильно называет место; в то же время могут быть трудности самостоятельной ориентировки в малознакомой местности.

Мышление: умеренные затруднения при решении задач, при анализе сходств и различий.

Взаимодействие с окружающими: утрачена независимость, однако возможно осуществление отдельных социальных функций. При поверхностном знакомстве нарушения могут быть неочевидны.

Поведение дома и увлечения: легкие, но отчетливые бытовые трудности, потеря интереса к сложным видам активности.

Самообслуживание: нуждается в напоминаниях.

2 балла — умеренная деменция

Память: выраженная забывчивость, текущие события не остаются в памяти, сохранены лишь воспоминания о наиболее значимых событиях жизни.

Ориентировка: дезориентирован во времени, не полностью ориентирован в месте.

Мышление: выраженные трудности при решении задач и при анализе сходств и различий, что оказывает негативное влияние на повседневную активность.

Взаимодействие с окружающими: утрачена самостоятельность вне дома, может вступать в общение под контролем других лиц.

Поведение дома и увлечения: крайнее ограничение интереса, способность к выполнению только наиболее простых видов деятельности.

Самообслуживание: нуждается в помощи при одевании, гигиенических процедурах, естественных отправлениях.

3 балла — тяжелая деменция

Память: фрагментарные воспоминания о жизни.

Ориентировка: ориентирован только на собственную личность.

Мышление: решение интеллектуальных задач невозможно.

Взаимодействие с окружающими: нарушения препятствуют социальному взаимодействию за пределами своего дома.

Поведение дома и увлечения: не способен к выполнению бытовых обязанностей.

Самообслуживание: постоянно нуждается в уходе, часто отмечается недержание мочи и кала.

Коллектив авторов

**ПРОГРАММА
ПРОФИЛАКТИКИ, РАННЕГО
ВЫЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Методические рекомендации

Под редакцией *О. Н. Ткачевой*

Публикуется в авторской редакции
Обложка *Вершинина И.А.*
Компьютерная верстка *Вершинина И.А.*

Издательство «Прометей»
119002, г. Москва, ул. Арбат, д. 51, стр. 1
Тел./факс: +7 (495) 730-70-69
E-mail: info@prometej.su

Подписано в печать 16.08.2019
Формат 60×84/16. Объем 4,5 п.л.
Тираж 1000 экз. Заказ № 915

ISBN 978-5-907166-54-7

