

Е.Б. Любов

# РАННИЕ ПРИЗНАКИ ДЕМЕНЦИИ: дорого вовремя время

*«Тяжелую болезнь в начале легче вылечить, но трудно распознать.  
Когда же она усиливается, ее легче распознать, но уже труднее вылечить».*  
*Макиавелли*

Москва 2011

**Ранние признаки деменции: дорого вовремя время.** / профессор Московского НИИ психиатрии Е.Б. Любов. – М.: ОООИ «Новые возможности», 2011, 44с.

Брошюра обращена к больному старческой деменцией в начальной стадии и его любящим близким.

Деменция как любая длительная болезнь становится тяжким испытанием для Вас. Каковы Ваши возможности в распознавании недуга и шансы успеха своевременного лечения? В Ваших ли силах замедлить (отсрочить) нарастание деменции, уменьшить страдания дорогого Вам человека и бремя ухода за ним?

Практические советы по выявлению и раннему лечению деменции облегчат страх, стыд и безнадежность в семье больного.

***Предупреждение:***

*брошюра не заменит врача, но послужит основой совместного обсуждения плана лучшего лечения и ухода со специалистами.*

Отпечатано в редакционно-издательской группе  
ОООИ «Новые возможности»

Тираж 500 экз.

Дизайн, верстка: Лаврентьев Алексей

Адрес редакции:  
107076 Москва, Потешная ул. дом 3.  
[www.nvm.org.ru](http://www.nvm.org.ru)

© ОООИ «Новые возможности». 2011



Дольше Я. Дольше вместе.

**ЧТО ТАКОЕ СЛАБОУМИЕ, или ДЕМЕНЦИЯ** (как скажет врач)? Сказать «деменция» – не объяснить ее причины и проявления, не указать прогноз лечения, ведь головная боль тоже не диагноз. В обыденном понимании у медицинского термина уничижительный оттенок: он используется для оскорбления («выживший из ума, сумасшедший»). На самом деле деменция (Д) – обширная группа симптомов (признаков), среди которых необязательные или достаточно хорошо поддающиеся лечению психические расстройства и «неправильное» поведение. Поэтому вернее говорить о деменциях как разнородной группе психических расстройств.

*Деменция* – сочетание признаков, приобретенных в результате болезни головного мозга: ухудшение памяти, мышления, практических навыков в такой мере, что они осложняют повседневную самостоятельную жизнь (быт) и/или привычную работу.

Д, увы, – нередкая болезнь. В мире страдают Д более 20 млн. человек. В РФ старческими Д страдают более 150 тысяч человек. Чем старше человек, тем выше риск заболеть. Д страдает один человек из сотни в возрасте до 60 лет. Риск Д удваивается каждые пять лет. Среди лиц старше 65 лет (пожилых) доля Д 15%, в возрасте 85 лет Д у каждого второго. Большая часть Д не выявляется врачами и не лечится.

**Первые настораживающие ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ** выявлены у ряда людей за 5-10 лет до диагноза и начала соответствующего лечения. Как многие физические и психические расстройства, Д обычно развивается исподволь,

годами, «при мерцающем свете свечей», а не в беспощадном зареве пожара: с незаметных и непонятных больному и /или его близким стертых проявлений, которым всегда можно найти «неболезненное» объяснение (самое понятное: «возраст»). Однако уже античный медик Гален отмечал: *«Старость сама по себе не болезнь, но она не свободна от недугов»*. Многие семьи ничего не предпринимают, даже поняв, что с их близким что-то неладно и в тихом отчаянии несут растущее бремя болезни. Д складывается из суммы переплетающихся и взаимосвязанных признаков (симптомов). Их набор, очередность определены формой Д, особенностями больного и его окружения, но есть ряд распространенных симптомов Д.

- **«Слабеющая память подобна потухающему светильнику»** (Козьма Прутков). Все мы время от времени забываем, к примеру, день недели (особенно на отдыхе или при монотонной жизни некоего пенсионера) или купить хлеба. Не беда запомнить имя сотрудника, с которым видитеесь нечасто или вытеснить его из памяти, по Фрейдю, как не-симпатичного. Серьезное снижение памяти не сопровождается нормальное старение.

*Ухудшение памяти, обязательное при Д*, происходит поступательно и «послойно». У больного деменцией (БД) в начальной стадии, сохранена способность к примечанию и запоминанию, но закрепление новых данных затруднено, неполно и нестойко. Сначала страдают наиболее поздно приобретенные («свежие») и непрочно закрепленные сведения (недавние события и встречи, усвоение нового опыта и впечатлений жизни, из-за чего человек слывет «консерватором»). Возможна «утрата памяти отношений», когда БД, встретив знакомого, вспоминает его имя, его по-

ложение, но прежнего отношения как к приятелю уже нет. Затруднено воспроизведение нужных в данной ситуации дат, цифр, имен при сохранении установившихся годами понятий и представлений, возможно, наиболее эмоционально заряженных.

Так, знаменитую актрису Р. привозили и увозили после очередного блестящего спектакля, ее многолетней «визитной карточки», в дом престарелых, где она жила в связи с «беспамятством» и бытовой беспомощностью.

Лишь тяжелые БД забывают имена членов семьи и названия предметов обихода. Давние воспоминания в дебюте Д, как и подсознательная «память тела» о цепочке действий, например, как одеваться, пользоваться телевизором или вилок, обычно сохранены. Если человек «вдруг» с утра начал одевать штаны на голову – это, скорее, признак острой катастрофы в головном мозгу (инсульт?).

«Память – единственный рай, откуда Вас не могут изгнать» (Жан Поль). Увы, это, как видим, не всегда так. Но волшебная страна детства «Нет-и-не будет» – остается с человеком надолго и в ненастье недуга как надежная якорная стоянка в расплывающемся фокусе реальности.

*Столько дней прошло с малолетства, / Что его вспомни-  
наешь с трудом. / И стоит вдалеке мое детство, / Как с за-  
крытыми ставнями дом. / В этом доме все живы-здоровы.  
/ Те, которых давно уже нет. / И всякая лампа в столо-  
вой / Льет по-прежнему теплый свет. / В поздний час все  
домашние в сборе: Братья, сестры, отец и мать. / И так  
жаль, что приходится вскоре, / Распрощавшись, ложить-  
ся спать (С. Маршак).*

Некоторые воспоминания далекого прошлого воспроизводятся людьми даже на отдаленных стадиях Д удивительно живо (возможны и произвольные обманы памяти).

БД легко читает наизусть дорогие сердцу стихи, вспоминает «вдруг» мелкие подробности детства в контрасте забвения случайных черт сегодняшнего дня и слабеющего внимания к происходящему. Нарастающее ухудшение памяти, все более заметное со стороны, затрудняет быт и работу, что и подтверждает диагноз Д.

При некоторых Д не столь выражены нарушения памяти, но больные рассеяны, быстро истощаемы. У них затруднено планирование, нарушена последовательность и избирательность («важное-неважное») умственной деятельности. Нет выраженной забывчивости текущих или отдаленных событий. Нарушения памяти более видны при обучении, а учиться человеку предстоит всю жизнь (при освоении новых моделей компьютера, мобильного телефона, газовой плиты, дверного замка) затруднено запоминание слов, зрительной информации, приобретение новых двигательных навыков. Страдают произвольное и непроизвольное (более) запоминание, активное воспроизведение материала.

• **Трудности понимания речи, поддержания беседы.** Мы порой затрудняемся в подборе подходящего слова, особенно при усталости или волнении. *«И много дум, и много чувств прекрасных не имут слов, глагола не найдут».* (Е. Ростопчина). Есть люди, для которых выступить прилюдно – катастрофа, и они забывают начисто вызубренный днями текст. Но БД забывает (не может подобрать) обычные слова, сложно артикулируемые слова произносит с ошибками, неуместно заменяет слова другими, «стоячими оборотами», как при некоторых формах Д. Обеднение, смазанная речь и заторможенность затрудняют беседу, хотя БД все чаще пользуется простыми понятиями. Все больше места в речи

занимают слова-паразиты (словосочетание, дорогое неким молодым гражданам «как бы» – как бы символ нашего времени – не в счет), междометия, что обращает внимание, если БД ранее отличался богатым словарным запасом. Вообще для диагностики Д очень важно «как было и что стало», и именно сам БД и его близкие об этом расскажут врачу. Обычно БД прилагает активные усилия удержать внимание, поначалу замечает и исправляет ошибки.

*40-й Президент США Р.Рейган заметил (поначалу это его забавляло), что ему все труднее припоминать отдельные слова, держать нить беседы. Узнав диагноз, выступил перед нацией с прощальной речью. Жил с любящей женой еще 10 лет.*

Понимание речи окружающих затруднено (не путать с тугоухостью). БД может быть болтливым, снова и снова рассказывает одну и ту же историю, навязчиво задает одни и те же вопросы, не вникая в ответ. Снижена потребность и возможность чтения (конечно, у бывших книголюбцев) и понимание содержания диалогов в любимых, много просмотренных, кинофильмах. Не понимает без подсказки пословицы или анекдот.

- **Нарушение ориентации во времени и окружающей обстановке** (пространстве, направлении, расположении предметов, расстоянии) обращает на себя внимание рано. БД плутает в чужом районе и в незнакомом просторном доме, позже – на родной улице, он не знает, как добраться домой (симптомы Д могут проявиться при переезде на новую квартиру), теряют ощущение времени (опаздывают, забывают обедать, путаясь в стрелках часов).

- Ориентация в домашней обстановке (проблемы выявляются при перестановке мебели, ремонте) и в своем «Я»



(даже при тяжелой Д человек знает, как его зовут) сохранены надолго. Чтение и письмо у БД обычно сохранены, но записи в углу страницы, вертикально, как японец, – проявления нарушенной пространственной ориентировки. Чтение затруднено, когда БД теряет строку текста (не путать с проблемами зрения).

• **Нарушения критики, планирования, здравого суждения, обобщений, сравнений** в повседневной жизни. Память по идее относится к прошлому. Мы планируем что-то и затем по возможности действуем в соответствии с нашими целями. Психические образы будущего становятся содержанием нашей памяти: так складывается «память о будущем». Мы часто даем маху, не захватив плащ в прохладную погоду. Неуместность одежды БД заметнее. Он не «человек рассеянный с улицы Бассейной», но отправится в магазин в домашнем халате, выйдет раздетым на мороз. Сложности приспособления БД как ранний симптом проявляется при изменении жизненных условий или перемене обычной обстановки. Так, он растерян, «бестолков» при типовых бытовых неприятностях (засоре раковины), а не только в связи с переездом на новую квартиру или поступлении в больницу на обследование. У многих из нас пожизненные трудности баланса трат с доходами, что приводит к «чахотке кармана», как у шекспировского Фальстафа, но БД может «забыть», перепутать купюры, грубо ошибется в сдаче в магазине. При рисовании, письме, одевании БД кажется неуклюжим из-за нарушений координации и планирования движений.

• **Психические и поведенческие нарушения** могут стать предвестниками Д, в связи с чем больные попадают в поле

зрения психиатра. Внезапное их появление свидетельствует скорее о помрачении сознания; врач отличит их от Д. Большинство нарушений поведения – прямое следствие болезни головного мозга. Для ряда форм Д характерны изначальные нарушения настроения и поведения. Отдельные формы Д развиваются рано, до 55-65 лет, и эмоциональные и поведенческие нарушения напоминают разные психиатрические расстройства. Острым психозом может проявиться мозговой инсульт, и больного везут к психиатру в обход невролога. Возможно (до 20%) начало Д бредом ревности, отравления за 5-10 лет до явных симптомов снижения памяти. БД становится подозрительным, высказывает бредовые идеи («обкрадывают», «травят» обычно близкие или соседи). БД забывает поесть вовремя, он может быть привередлив или консервативен в выборе пищи или не может насытиться, пьет воду чрезмерно. Возможно, БД пренебрегает гигиеной и носит одну одежду день за днем. В поведении БД на фоне снижения памяти возникают стереотипные реакции гнева или плаксивости, ухода в себя. Широкий ряд эмоций – часть бытия человека, но у БД внезапны перепады настроения без видимых причин. Потеря интереса, боязнь нового (это и защитная реакция), бессонница, снижение аппетита, тревога – стерые проявления *депрессии* (отмечена у трети БД), успешно поддающейся лечению. Возможно, депрессия – первый сполох надвигающейся Д. Типична депрессивная реакция с чувством безнадежности (неверия в пользу лечения) и отчаянием перед надвигающимся «распадом разума» и несостоятельностью при повышенной мнительности, неуверенности в себе, правильности своих поступков и решений на ранних стадиях Д. Депрессию врач отличит от обычных в жизни пожилого человека печали, горя, чувства утраты и

одинокости («состояния, о котором некому рассказать»). Угрюмо-мрачная подавленность отражает нередко нежелание жить. *Высок риск самоубийств БД без лечения.* По мере углубления Д больные более благодушны и беспечны, но риск самоубийства без лечения сохранен. Депрессия проявляется и заторможенностью, внешней безучастностью или бесчувственностью, нарастающей социальной пассивностью (врач скажет об апатии). *Безынициативность* – устойчивый признак Д. «Нормально» – устать от домашних дел, работы или общественной нагрузки. Так хочется «бросить все» и уехать хоть ненадолго от суеты. Даже «трудоголики» в душе – большие ленивцы. У большинства людей утраченный интерес возобновляется по истечении времени (отдыха, переключения). БД может остаться незаинтересованным и безучастным к прежним увлечениям. Часть больных внешне благодушна, но холодно отстранена от дел близких. БД в начале недуга может стать чрезмерно и нелепо активным, расторможенным. Как правило, БД мало осознает нарушения поведения и снижение своих способностей и/или со временем все менее озабочен ими. Нарушения влечений, обычно на более поздних этапах Д, проявляются бродяжничеством, собиранием хлама, как Плюшкин. При малейшем раздражении смех легко сменяется слезами (слабодушие). При нарушении ритма чередования сна бодрствования БД днем сонлив и беспокоен (беспокоит близких) ночами. Агрессия БД обычно не столь опасна, как утомительна: ругань, «нападения с кулачками». Зачастую это выражение депрессии, а также бреда и галлюцинаций. Другие нарушения суть реакции на умственное снижение. Так, БД ищет уединения, чтобы скрыть свой недуг и может казаться отгороженным или отрезанным. Социальная изоляция становится средством

защиты БД от непонятного и ставшего чужим мира. Утрированная педантичность отчасти компенсирует снижение памяти. Дурные предчувствия, подавленное настроение, раздражительность отражают неудовлетворенность жизнью. На фоне и выраженного ухудшения памяти «фасад личности» обычно сохранен, что проявляется чувством «измененности» и несостоятельности, рассеянностью и недоуменной растерянностью («что со мной?»), опасениями (особенно при семейных формах Д) что предстоит повторить судьбу близкого («у дяди Коли начиналось так же»). БД может не заметить изменения психики в силу психологической защиты (отрицание проблем, объяснение их «внешними обстоятельствами»).

- **Изменения личности БД** тягостно близким, помнящим его лучшие дни. Лишь у отдельных больных происходят резкие, порой внезапные личностные изменения: «в дом пришел чужой». Изначальные доброжелательность, щедрость, благожелательность человека обычно смягчают первые проявления Д. Трудности раннего выявления Д велики, когда она начинается с маловыраженного сдвига характера. Если при обычном старении заострены присущие человеку черты характера, то перестройка личности БД глубже: он постепенно теряют отличающие его умственную и душевную гибкость и отзывчивость, утрачиваются тонкие нравственные установки (т.н. моральная интуиция): чувство такта, стыдливость; сужаются кругозор и интересы; взгляды и высказывания становятся шаблонными и косными. Возможно оскудение и исчезновение прежних интересов, созидательной направленности и привязанности к близким. БД порой нелепо упрямы, конфликтны; становятся мелким семейным тираном, брюзгой или ворчуном,

неловким воришкой. Отдельные формы Д проявляются расторможенностью низших влечений при не критичности к своим поступкам. Уравновешенный тонкий человек, примерный семьянин, сексуально расторможен при падении половой силы. В итоге БД на склоне лет попадает на судебно-психиатрическую экспертизу. С другой стороны, при снижении возможностей правильного суждения БД может стать легковверным, поддается чужому влиянию – во вред своим интересам и благу семьи.

• **Ухудшение бытового и социального функционирования** – следствие указанных выше нарушений (чем человек был более «в жизни», тем более они видны), в итоге БД все более зависим от близких. Из-за рассеянности, отвлекаемости БД может забыть в духовке пирог или не подать хлеб на стол. «И у меня бывает», – скажет иной читатель. Но речь идет о нарастающих как ком болезненных проблемах в повседневной самостоятельной жизни. В порядке вещей задевать куда-то ключи, но настораживает, коли БД забыл, зачем они нужны. Каждый из нас вправе запоминать, куда подевал кошелек и где забыл зонтик. БД все чаще оставляют вещи в необычных местах. БД легко отвлекаются на сторонние дела, совершают «необычные» поступки, к которым поначалу у них и их близких отношение юмористическое. БД может поставить утюг в холодильник, положить часы в сахарницу и не вспомнить, как они там оказались. БД может, приготовив пищу, забыть поесть. Уже в начале Д ряд больных как бы «забывает» привычные навыки, но выполняет несложную работу из ряда шагов (сварят по памятке вкрутую яйцо, купят продукты в ближайшем магазине по списку) при минимальной помощи и побуждении близких. При отдельных Д больные

длительно сохраняют навыки самообслуживания при полной несостоятельности в умственной работе. Другие, напротив, все более беспомощны в бытовом отношении (и ранее они пренебрегали домашним хозяйством), но используют наработанные годами интеллектуальные навыки (продолжают править работы диссертантов). Иногда БД чутко замечает свои проблемы и загодя устраняется от дел. На нарастающую несостоятельность БД реагирует отказом от поручений. Со временем БД все менее успешно совладает с проявлениями Д и замечает их; все более зависим от близких.

Д отличаются по тяжести в зависимости от необходимости сторонней помощи в бытовых делах. Так, легкая Д позволяет оставлять больного одного на длительное время после усвоения инструкций и возможных контрольных телефонных звонков.

**Физическое состояние.** При Д нарастает физическая слабость в связи с недостаточным питанием (поначалу аппетит может быть повышен) и притуплением жажды. Похудание (важно более 10% от исходного веса), обычно у женщин, связано с утратой интереса к еде, снижением аппетита (возможно, в рамках депрессии), нарушением восприятия запаха и вкуса пищи. Шаткая походка влечет падения и переломы хрупких старческих косточек. Даже небольшое повышение температуры тела усугубляет спутанность сознания. Восполнение жидкости жизненно необходимо при развитии у БД острой спутанности сознания и резкого усугубления психических и неврологических нарушений, особенно в жаркую погоду. Важно следить за регулярностью стула БД, его физическим здоровьем в целом.

## Ищем врача

Первые, кого настораживает недостаточность находчивости, раздражительность, потеря интересов, рассеянность и невнимательность, заторможенность мышления, нарушения памяти на текущие события и, в результате, неспособность успешно работать и/или самостоятельно жить БД – его внимательные близкие или сослуживцы.

Скорее идите к врачу, если «шестое чувство» подсказывает, что что-то не ладно с Вашим близким; оно само по себе – «черная метка» опасности для Вашей семьи. Дай бог, чтобы тревога оказалась ложной. Только врач развеет или подтвердит сомнения и опасения, правильно распознает Д и назначит нужное лечение. Наиболее доступен поликлинический (семейный) врач. По необходимости он направит Вас к гериатру, специалисту по помощи пожилым; невропатологу, психиатру, специалисту по психическим расстройствам; клиническому психологу, определяющему сохранность памяти. В идеале любой специалист может выявить ухудшение памяти. В ряде поликлиник работают психиатры, и нет необходимости идти в психоневрологический диспансер. Можно обратиться к частному врачу (не стесняйтесь ознакомиться с его сертификатом), в диспансерное отделение институтской клиники.

## Что делает врач

Диагноз Д требует тщательной медицинской и психологической оценки. Сначала врач выяснит, есть ли признаки Д у обследуемого, насколько они выражены, найдет их причину, предложит соответствующее лечение и поможет в планировании будущего. Для этого изучит историю болезни

пациента и осмотрит пациента. Выявит даже малозаметные нарушения внимания, памяти, ориентировки в месте, времени, суждений, речи, координации движения, навыков. Даже при быстром ухудшении БД реагирует на болезнь и на свое окружение. Иногда он отказывается от особого психологического исследования, становясь раздраженным или отделиваясь отговорками: «Со мной все в порядке». Иногда так он пытается скрыть беспокоящие расстройства. Врач тактично вовлечет пришедшего на прием человека в нейтральную беседу, отмечая в его ответах внутренние противоречия и несообразности. Другие обследуемые озабочены не забывчивостью или рассеянностью, но головными болями, головокружением, шумом в ушах, слабостью. Третьи подчеркивают проблемы памяти, но они связаны с депрессией, а не с Д. Врачу важно определить, обусловлены ли именно Д снижение памяти, изменения личности и ухудшение самообслуживания.

## Как помочь себе и врачу

Обследуемый человек и его семья – важные помощники врача в составлении истории болезни, необходимой для верного диагноза и лечения.

- Запишите загодя *любые симптомы*, мешающие независимо жить БД и спокойно – Вам.
- Отметьте любые серьезные нагрузки и любые перемены в жизни (выход на пенсию, потеря супруги) БД.
- Составьте список всех лекарств, витаминов, пищевых добавок, принимаемых БД.
- Придите на прием с близким, знакомым, но не столь, как Вы погруженным в ситуацию, т.е. способным описать проблемы непредвзято.



*Теперь Вы готовы ответить на следующие типовые вопросы врача:*

- Нет ли трудности подбора слов, воспоминания недавних событий, рассеянности, изменения характера?
- Когда появились беспокоящие признаки?
- Симптомы постоянные или время от времени?
- Насколько они выражены? Что облегчает эти проявления?
- Что ухудшает симптомы?
- Были ли в роду Д.
- Какие дела наиболее затруднительны (быт, денежные расчеты).
- Какие болезни (операции, травмы) перенес или чем болеет в настоящем, чем лечится.

Вам или Вашему близкому предстоит *тщательный медицинский осмотр* – сочетанная телесная, неврологическая и психиатрическая оценка. На причину Д (опухоли, кровоизлияния, атеросклероз сосудов головного мозга) указывает очаговая неврологическая симптоматика (как неполные параличи, нарушения походки). Первые проявления некоторых Д – в произвольных вычурных (червеобразных) движениях рук и тулова (хорея), дрожи пальцев рук, мышечной скованности, заторможенности движений, неустойчивости походки, обмороках, затруднении движения глаз и глотания (поперхивание), недержании мочи (у других БД это, напротив, поздний симптом), и с ними прежде всего знакомится невропатолог. Важно, чтобы за неврологическим фасадом он не пропустил начало Д.

*Лабораторное обследование* включает обычно полные клинический и биохимический анализы крови и мочи. Анализы выявят нехватку витаминов, недостаточную работу щитовидной (паращитовидной) железы, укажут на отрав-

ление тяжелыми металлами, печеночную или почечную недостаточность, сахарный диабет, то есть, возможно, выявят Д, хорошо поддающиеся лечению.

Детальное *психологическое исследование* мышления и памяти, способности принять верные решения, внимания, счета, речи определит отклонения от возрастной нормы, поможет отличить Д от, например, депрессии. Обследование с помощью карандаша и бумаги может в особых случаях занять несколько часов, но обычно достаточно и пяти минут. Испытуемому врач предложит нарисовать часы, стрелки которых указывают заданное время; за одну минуту назвать как можно больше названий растений (животных); запомнить и вспомнить затем пять слов. *Нейровизуализационное исследование*: компьютерная томография и/ или магнитно-резонансная томография, электроэнцефалограмма могут выявить поддающиеся лечению причины Д: опухоли, кровоизлияние, инсульт, хотя эти состояния редко «немые», то есть не сопровождаются неврологическими проявлениями. Спинномозговая пункция показана при подозрении на опухоль или инфекции, положительных лабораторных пробах на сифилис, при развитии Д у лиц моложе 55 лет, быстром развитии или необычных ранних симптомах Д (шаткой походке, недержании мочи).

## Ранний диагноз деменции

– диагноз исключения прочих причин беспокоящих БД и/или его близких симптомов. Отдельные нарушения памяти или речи – не Д. К Д не относят задержку умственного развития (про БД говорят как о богаче, растерявшем свое умственное богатство, а про человека с умственной отсталостью – как про бедняка с детства), помрачение сознания.

Хотя диагностика Д в последние годы стала более надежной, точного лабораторного анализа (как реакция Вассермана при сифилисе) или типичного симптома (как пятна Бельского-Филатова при кори) для безусловного диагноза Д нет. Клиническая картина многолика в связи с причинами Д и этапами ее развития. Для диагностики ранних стадий Д нужны тщательные психологическое, неврологическое исследование. Мнение семьи обязательно, поскольку на их глазах снижается повседневная активность и умственные возможности БД, но часто ранние симптомы Д пропускает даже любящая семья («старческие дела»), и врач получает неточную информацию. *Ранний диагноз Д важен, поскольку своевременное и правильное лечение может* облегчить ее проявления, затормозить развитие и обратить вспять отдельные ее формы. Чем более выражена Д, тем хуже прогноз восстановления умственных способностей. Выраженную Д, увы, заметить нетрудно. Важны острота начала и характер течения Д. Неуклонно утяжеляющееся течение характерно не для всех Д: так, после травмы головы Д может оставаться неизменной или пойти вспять со временем и/или при правильном лечении.

## Такие разные деменции

Д не самостоятельное заболевание, а проявление разнообразных болезней головного мозга пожилых. Перечень Д обширен.

Наиболее частая (половина случаев) форма Д после 65 лет – болезнь Альцгеймера (БА) развивается обычно после 60 лет (могут быть и ранние формы БА) исподволь, постепенно (исключения подтверждают правило). В 75 лет не менее 5% людей страдают БА. Примерно половина лиц старше 85 лет

страдает БА. Обычно нарастающая забывчивость текущих событий – ранний признак БА, иногда единственный; ухудшено запоминание. Провалы памяти нередко заполняются фантастическими измышлениями. Даже на развернутой стадии БА память на отдаленные события жизни сохранена. Отсутствуют очаговая неврологическая симптоматика и нарушения ходьбы. Точность выявления БА до 90%. Резкое ухудшение познавательных расстройств, очаговая неврологическая симптоматика, эпилептические припадки, нарушения ходьбы на ранних стадиях Д или преобладание поведенческих нарушений над ухудшением памяти предполагают иную причину Д. БА с началом в более пожилом и старческом возрасте нередко развивается медленно. Возможны периоды стабилизации развития болезни. В течение относительно долгого времени БА может проявляться только нарушением памяти.

*Сосудистая Д* – вторая по частоте (до 50% всех Д) причина Д. В России она встречается чаще, чем БА. На участке обычной городской поликлиники не менее 20% пациентов страдают такой Д (но обычно не знают об этом); до 70% из них лечатся в связи с повышением кровяного давления или ишемической болезнью сердца. Д развивается после инсульта (обычно повторного) у 10-20% пациентов. Нарушения памяти не столь выражены, как при БА. Больные истощаемы, заторможены, апатичны, слабодушны (плаксивы). На фоне снижения функционирования замедлены умственные способности (планирование, выполнение заданий). Д обязательно сочетается с ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом и т.д. Начало сосудистой Д в отличие от БА острое, «с утра четверга», возможно ступенчатое ухудшение со «светлыми периодами». За резким появлением симптомов часто таится инсульт. У других БД симптомы

развиваются медленно. В трети случаев течение сосудистой Д сходно с БА. Акцент на нарушении памяти при БА понятен, но снижение памяти незаметно в начале сосудистой Д. В результате диагноз Д запаздывает на 2-5 лет (как при многих психических расстройствах). Диагноз может подтвердить МРТ при достаточно крупных очагах мозговых инсультов. При сосудистой Д возможны слабость в конечностях, неустойчивая походка, смазанная речь. Окулист найдет изменения сосудов сетчатки глаза. У более 50% больных повышено кровяное давление, возможен инфаркт миокарда в прошлом: больным показана помощь кардиолога. Возможны расстройства настроения, психозы. Для Д из-за нехватки кислорода для мозга (как после комы), энцефалита или черепно-мозговой травмы обычны внезапное начало и отсутствие («плато») дальнейшего развития.

*Смешанная Д.* Сочетание БА и сосудистой Д в 10-20% случаев Д. Сосудистые мозговые нарушения ускоряют развитие БА.

**Обратимые («ложные») деменции.** Определение причины Д поможет ее облегчению и излечению. Если признаки Д появились недавно, осложняются приемом лекарств или сочетаются с височной эпилепсией или эндокринной патологией, может потребоваться некоторый период наблюдения до того, как станет возможен диагноз.

*Почти каждый пятый случай Д может быть излечим (обратим).* Правильный диагноз поддающихся лечению психических заболеваний (как опухоль головного мозга, хроническое лекарственное отравление, дефицит витаминов, снижение работы щитовидной железы) очень важен. Побочные действия лекарств (наиболее частая причина обратимой Д пожилых): при длительном употреблении даже лечебных доз снотворных и успокоительных (т.н. бензодиа-

зепинового ряда), морально устаревших противоэпилептических (содержащих люминал), некоторых снижающих давление и антиаритмических, онкологических препаратов. Иногда при БА значительное улучшение наступает после отмены успокаивающих средств или антипсихотиков. *Нарушения обмена веществ* (Д обратима при рано начатом лечении основного заболевания) при нарушениях работы щитовидной железы, хронической почечной или печеночной недостаточности, болезнях поджелудочной железы, нарушениях баланса в крови калия, кальция (при болезнях паразитовидных желез), натрия при обезвоживании (частом у стариков), низком уровне сахара крови (выявляются биохимическим анализом крови), а также при депрессии (нередкой спутнице пожилого возраста), инфекциях центральной нервной системы, недостатке витаминов (особенно из группы В вследствие, например, проблем в желудочно-кишечном тракте или злоупотребления спиртным; опухолях (улучшение после операции при ранней диагностике 50-70% больных), мозговом кровоизлиянии, при хроническом отравлении мышьяком (помните романы несостоявшегося фармацевта Агаты Кристи?), ртутью (т.н. «безумие шляпника»), цинком или свинцом (классика: варенье из старой глазурированной глиняной посуды), соединениями азота на производстве.

## Это не деменция

*«По крайней мере, – подумала Алиса, ступив под деревья, – приятно немножко освежиться в этом... как его? Ну, как же он называется!... – Она с удивлением заметила, что никак не может вспомнить нужного слова. – Когда спрячешься под ... ну, как же их?.. под... этими ... – Она погладила дерево по*

стволу. – Интересно, как они называются? А, может, никак? Да, конечно, никак не называются!» Л. Керролл «Алиса в Зазеркалье».

Д – более, чем преходящая забывчивость. И ухудшение памяти с годами тоже еще не Д.

*В Древнем Риме особо обученный раб – номинатор шептал господину на ухо имя встретившегося знакомого.*

Первые симптомы Д путают нередко и профессионалы и, само собой, близкие больного с проявлениями обычного старения. БД постепенно забывает весь опыт, а не «часть опыта». Однако частая забывчивость или необъяснимая путаница дома или на работе могут стать сигналом серьезных нарушений. Мы не молодеем, каждый переживает «провалы памяти» время от времени.

*«Если юноша или человек средних лет, уходя, не может вспомнить, куда он положил свою шляпу, никто не обратит на это внимания; но если то же самое случится с человеком почтенного возраста, люди начнут пожимать плечами: «Да, с памятью у него совсем плохо». Самюэл Джонсон.*

Размытость границ между «болезнями старости» и состояниями, обусловленными естественным процессом старения порой приводит к излишне широкой диагностике Д. Шестидесятилетний счетовод с «жалобами на память» скорее будет врачом признан больным, чем его погодок, беспечный пенсионер-огородник. Здоровые пожилые хуже усваивают новую информацию и испытывают определенные трудности при извлечении из памяти заученной информации по сравнению с молодыми.

Взамен жизнь дарит человеку опыт. Пожилые умнее, хочется думать, молодых: годы опыта добавляют человеку мудрости («если б молодость знала, если б старость могла»). Годы ухудшают кратковременную память и рассудитель-

ность, но долговременная память не страдает, в результате пожилые принимают более взвешенные и здравые решения с опорой на жизненный опыт, а не преходящие эмоции.

*Эмиль Крепелин, основоположник научной психиатрии, в 70 лет оставил кафедру на пике карьеры. На недоуменные вопросы его учеников и сотрудников ответил: «Я чувствую возраст. Когда заметите неладное Вы – мне будет стыдно».*

*Нормальная («доброкачественная», мягкая) возрастная забывчивость* – нарушения памяти, выходящие за грань возрастной нормы, но далее не усугубляющиеся. Пациенты сообщают об ухудшении памяти; больше обращаются к записям и памяткам; эпизодически забывают имена знакомых, назначение и расположение вещей; эпизодически обнаруживают «опасные» провалы памяти (забывают выключить газ, воду), но в целом это не мешает повседневной жизни. Память на речь и слух страдает больше, чем зрительная или двигательная память. Ухудшение памяти связано с ослаблением внимания и замедлением реакции на внешние раздражители, что затрудняет запоминание и воспроизведение сведений. Нарушения памяти и замедление психических процессов в отличие от Д – единственный симптом; он не утяжеляется и не приводит к очевидным затруднениям в повседневной жизни и профессиональной деятельности, нет забвения текущих или давних событий. Менее, чем у 10% (однако по другим данным 50%) больных с жалобами только на снижение памяти развивается Д спустя 1-3 года. Помощь при заучивании в сочетании с подсказкой при воспроизведении улучшает усвоение и воспроизведение информации. Этот признак врачи часто используют в качестве отличия «нормальных» возрастных изменений памяти в виде выборочного забвения отдельных событий недавнего



прошлого и болезненного снижения памяти на ранних стадиях Д.

**Д не определяется**, пока нарушено сознание больного или состояние пациента не позволяет оценить его психическое состояние. Врач отличит Д от изолированных нарушений памяти или речи. Д – приобретенное интеллектуальное снижение, и задержка психического развития (олигофрения) к Д не относится. Д не связана с преходящей забывчивостью или рассеянностью из-за инфекции, текущего заболевания или побочных действий лекарств.

*Снижение зрения и слуха* порой создает впечатление Д. Инфекции приводят к спутанности сознания пожилого человека, обходящегося вместе с болезнью. *Несбалансированное питание*. Нехватка витаминов группы В усугубляют познавательные нарушения. Иногда нарушения памяти пожилых связаны с *эмоциональными нарушениями*.

**Снижение памяти в связи с психическими расстройствами**. *Псевдодеменция* обусловлена депрессией, шизофренией, истерией и лишь напоминают Д.

**Депрессия** может быть первым симптомом Д, сопутствуя ей в трети случаев, лишь схожа с ней (депрессивная псевдодеменция).

Снижение памяти наряду с нарушениями внимания и умственной работоспособности – характерные симптомы депрессии, более частой на ранних стадиях Д. Депрессия или изменения жизни как выход на пенсию, потеря не обязательно любимого супруга влияют на физическое и душевное здоровье, симулируют Д.

*Всегда энергичный и властный аккуратист, 70-летний высококвалифицированный токарь К. по выходу на пенсию как-то сник, одряхлел, стал забывчив и беспомощен, откровенно проводил день в полудреме. К. вечера «оживал» не-*

**Отличия истинной деменции и депрессивной псевдодеменции**

Признаки	Истинная деменция	Депрессивная (ложная) деменция
Сходный эпизод (эпизоды) в анамнезе	Нет	Имеются
Начало	Постепенное, медленное	Внезапное или быстрое
Течение	Длительное	Кратковременное
Изменение настроения	Одновременно или после развития Д	До развития познавательных расстройств
Критика к состоянию	Отсутствует или мала*	Сохранена
Жалобы на внутреннее неблагополучие	Нечеткие, невнятные*	Есть
Жалобы на снижение памяти	Нет*	Четкие и подробные
Ответы при исследовании психического статуса	Ошибки, приближенные ответы, измышления	Ответы типа «не могу сказать», «зачем это», «не знаю»

\* На ранних стадиях Д жалобы на внутренний дискомфорт, снижение памяти и интеллекта обычны

*сколько у телевизора, но скоро засыпал под игру любимой прежде футбольной команды. Брился и мылся после напominаний, сетовал на «безвкусную» еду. Иногда просил у близких яду, так как не хотел быть семье обузой «таким». Отказывался отвечать на вопросы врача, не веря в помощь, отвечал наобум. После активной антидепрессивной терапии через три месяца К. «стал снова самим собой» (с его слов). Подрабатывает охранником на автостоянке, опять глава семейных советов.*

При депрессии снижено настроение чаще без тоски, но с тревогой, потеря аппетита, веса, бессонница или сонливость. Возможны мысли о самоубийстве. Двигательная заторможенность, безынициативность и безучастность к окружающему, равнодушие к результатам обследования создают впечатление о выраженной Д. У 20% пожилых (в зависимости от опыта врача) вместо депрессии ставят диагноз Д. Если успокоить больного и дать ему больше времени на выполнение заданий при психологическом обследовании, умственная и познавательная деятельность улучшается. Иногда влияние депрессии на умственную деятельность можно выявить лишь назначением пробного курса (не менее 6 недель!) антидепрессантов. Однако риск развития Д в течение нескольких лет после депрессивной псевдодеменции достигает 50%. Больные с повышенным настроением также плохо выполняют психологические пробы из-за беспокойства и рассеянности. При легочной, печеночной и почечной недостаточности, длительном снижении уровня сахара крови ухудшение памяти вызваны нехваткой кислорода для мозга. Возможно снижение памяти при нарушении работы щитовидной железы, нехватке витаминов В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты, отравлениях снотворными, наркотическими обезболивающими. Своевременное лечение обычно приводит к выздоровлению. Возможно избирательное вытеснение из памяти эмоционально неприятных для человека фактов и событий. Нарушения памяти развиваются внезапно при психотравмирующей ситуации, например, угрозы жизни или совершения поступков, несовместимых с моральными принципами, длится от нескольких часов до многих лет. Введение пациента в состояние гипноза или применение некоторых фармакологических препаратов выявит сохранность воспоминаний. При *психогенной фуге* больной

полностью утрачивает воспоминания о прошлом вплоть до ложной ориентировки в своем «Я». Тревога и психическое или физическое истощение нередко сопровождаются субъективным ощущением снижения памяти. Расстройство памяти имеет *временный характер* («провал» памяти на какой-то промежуток времени) при алкоголизме, злоупотреблении успокаивающими, наркотиками. Поведение больного в таких эпизодах может быть правильным. «Провалы в памяти» возможны при *эпилепсии*: больные не помнят припадок и период после него. Жалобы на периодическую забывчивость могут указать на припадки без судорог. *Черепно-мозговая травма* (иногда незаметная или «забытая» пожилым) нередко приводит к кратковременной потере памяти (на период до нескольких часов до травмы) и более длительной – на текущие события в течение нескольких суток при ясном сознании больного. Сходное состояние может возникать после электросудорожной терапии (неподготовленные пациенты и их близкие могут быть очень испуганы и озадачены этим). Относительно редко бывает внезапная и кратковременная (несколько часов) резкая потеря памяти на текущие и прошлые события в виде «приступа» в связи с кратковременным нарушением кровоснабжения мозга.

*При исключении обратимой Д важно определить причину проблемы, начать необходимое лечение, поддержать семью больного.*

С Д не следует путать умеренно выраженные расстройства речи. Больные кажутся неуверенными в себе, их речь непоследовательна, у них тревожное и/или подавленное настроение. Подобное поведение, за исключением речевых расстройств, нормально.

## Риск деменции

Нет единой причины Д (их выделено более 100), но сочетание генетических и средовых факторов как спусковых крючков начала симптомов. *Возраст.* Обычно поражает больных старше 65 лет, но редко ранее 40. Менее 5% 65-74 лет. Для 85 и старше подскок до 50%. *Женщины* чаще заболевают, так как живут дольше. Болезнь Дауна. Наследственность: «семейная» БА отмечена у <5% больных; травма головы, сердечно-сосудистые заболевания (20% кислорода крови потребляется мозгом).

- Высокое кровяное давление
- Высокий уровень холестерина
- Нелеченый (плохо леченый) сахарный диабет. Нездоровый образ жизни. Безделье тела и ума. *Низкое образование.*

Факторы риска *сосудистой Д следующие*: мужской пол, нелеченая или недолеченая артериальная гипертензия, курение.

*Для большинства людей генетика НЕ фактор риска развития деменции.*

Разработка эффективных на ранних стадиях Д лекарств поднимает вопрос своевременного сообщения диагноза и прогноза.

## Индивидуальный прогноз деменции

затруднен из-за различной длительности Д, которая может развиваться подспудно и длительно. Диагноз Д поможет больным и их семьям подготовиться к развитию болезни и планировать жизнь. Начало некоторых форм Д (как, например, хореи Гентингтона) у большинства больных до 40 лет, продолжительность жизни у 20% пациентов более 65

лет. Средняя продолжительность жизни после диагноза БА 6-10 лет (при сосудистой Д около 5 лет), 5% больных живут более 15 лет. Вопрос, чем будут насыщены отведенные на болезнь годы жизни, и как ее можно улучшить и облегчить. Нарастание умственных расстройств не обязательно.

## Принятие диагноза – непростое дело

Сообщение о тяжелом недуге – общепринятая медицинская практика. Большинство онкологических больных хочет знать диагноз, и врачи обычно идут им на встречу. Разумен вопрос – сколько мне осталось, чтобы привести дела в порядок, что надлежит сделать, чтобы улучшить прогноз заболевания. Жестких правил в таком тонком деле, конечно, нет.

*Чудесный доктор Н. Пирогов с готовностью принял «святую ложь» об отсутствии у него раковой опухоли, увы, не подлежащей операции. Воспрянув душою и продолжая лечиться льняным семенем, принимал больных, отпраздновал 70-летний юбилей.*

Сообщение о Д вызывает у больного и его семьи понятные страх, недоумение: «почему я, у нас?», «как с этим жить?». Сообщение диагноза Д без должной подготовки и сообщения об альтернативах и возможностях помощи приводит порой к потрясению, гневу и страху, унижает чувство собственного достоинства, вызывает беспокойство по поводу усугубления несостоятельности и беспомощности. И «заговор молчания» о Д продолжается. Каждый пятый врач общей практики видит раскрытие диагноза вредным. Треть врачей сообщила, что объяснение диагноза Д требует больше времени и усилий, чем другие диагнозы; обычно они сообщают диагноз отдельно близким и БД. Врачи часто используют

расплывчатые формулировки («рассеянность»). Эвфемизмы («возрастное снижение памяти») чаще используют при сообщении диагноза БД, чем опекающим их лицам, более определенно изъясняются геронтопсихиатры. Раскрытия диагноза ждут в первые годы 95% БД, но идет им навстречу лишь половина, ссылаясь на их «некритичность». Однако до 60% БД охотно обсуждают диагноз в первые годы, хотя только 40% их близких считают, что те понимают, что с ними происходит. Половина БД восприняла диагноз «спокойно». Сообщение вызывает печаль, отчаяние, протест, но неопределенность положения еще более «запутывает», расстраивает. Только четверть помощников больных отрицает диагноз Д. Треть из них сообщает БД «своими словами» диагноз врача. БД и их близких коробит нетактичная манера врачей сообщения диагноза; его умалчивание также бестактно. *Положительные последствия* сообщения диагноза, по мнению самих БД: конец неопределенности положения, улучшение понимания нарушений. Основанный на правильном диагнозе прогноз течения Д позволит пациенту и членам его семьи своевременно планировать дальнейшую жизнь.

## Не забыть спросить

Не стесняйтесь задавать вопросы врачу, но его время в государственном лечебном учреждении обычно ограничено, поэтому составьте заранее список вопросов от наиболее до наименее важных загодя. Обычно задают следующие вопросы. В чем причина симптомов? Каковы другие (кроме Д) возможные причины симптомов? Какие еще исследования нужны?

- Это преходящее или пожизненное состояние?
- Каковы возможности лечения? Как помочь семье? Ка-

кие брошюры и другие печатные материалы, сайты рассказывают о Д, достижениях ее лечения и помощи БД и его близким?

## Что делать

*БД на всех этапах недуга нужны одобрение и поддержка близких.*

Выясните, какое лечение может помочь лучше, облегчить симптомы. Лечение «как обычно при Д» просто не работает. Свяжитесь организациями самопомощи для дополнительной информации о Д, лечении, уходе и ресурсах помощи. Вы не одни. Придите в группу поддержки, где можно разделить душевную боль, поделиться чувствами и тяготами, научиться на основе чужого опыта. Интернет группы поддержки позволяют уход получать поддержку, не выходя из дома. Учитесь новой роли опекуна БД, постарайтесь быть гибкими и приспособьте без истощающих роптаний на судьбу жизненный ритм к новой жизни. Подумайте загодя, кто может Вас заменить временно или при Вашей, не дай бог, болезни и смерти. Важны поддерживающее окружение и среда сопереживания в доме БД. Всем придется осваивать навыки совладания с трудностями. Больше узнайте об общественных ресурсах помощи, о современных антидементных препаратах, которые могут задержать развитие, облегчить проявления Д.

*Пора планировать будущее.*

## Защита любимого человека

Многое можно и нужно сделать, чтобы сохранить заинтересованное отношение к жизни БД, укрепить независимость



и чувство собственного достоинства БД. Врач, социальный работник поможет определить грань между Вашей опекой и правом БД на разумную самостоятельность. Разработайте регулярный распорядок дня. Наполните его общими занятиями. Побудьте вместе на кухне, не забывая безопасность БД. На готовку (мытьё посуды) уйдет больше времени, но это время с дорогим человеком. Напомните близкому о трапезе, приготовьте пищу заранее и объясните, как разогревать пищу (оставьте ее на мармите, в термосе). Не дайте дремать разуму БД. Занимайте его играми, кроссвордами. Побуждайте делиться воспоминаниями, разбирая старые фотографии («*что-то я запомнил, где тут у нас тетя Феня?*»). Музыка пробуждает эмоции и воспоминания. Не исключайте из жизни экскурсии, прогулки, встречи с друзьями. Обсуждайте текущие события, читайте вместе любимые книги, рассматривайте альбомы. Важен контроль трат денег, приема лекарств (врач упростит схемы лечения). Физические упражнения могут замедлить развитие Д и сохранить деятельными Ваших близких. Это полезно и Вам. Держите на виду список телефонов для экстренной связи. Используйте зрительные подсказки (фотография телефона). Оставляйте напоминания **БОЛЬШИМИ БУКВАМИ** близкому на видном месте в доме. Прикрепите рисунок ванны на соответствующей двери. Этикетки на ящиках, шкафах («носки») помогут избежать путаницы. Избавьтесь от ненужных вещей и ограничьте выбор одежды и белья БД на каждый день. Не забывайте о целебной силе юмора (не насмешки над слабым), смеха даже сквозь слезы: *нужно ослабить лук, пока он не сломался* (Св. Антоний). При утяжелении Д используют любую возможность, чтобы поддержать способность больного к самообслуживанию, уменьшить его внутренний дискомфорт и изоляцию от окружающих. Это могут быть лучше

подобранные очки, слуховой аппарат, простой в обращении радиоприемник, книги и газеты с крупными буквами, специальная когнитивная тренировка. При этом надо учитывать и нужды больного, и возможности его помощников. При смене окружающей обстановки течение Д нередко ухудшается. Поэтому подобные перемены оправданы только при бродяжничестве, сексуальной расторможенности, нецензурной ругани, возбуждении, агрессии, бреда (иногда с галлюцинациями), спутанности сознания, тревожности и депрессии. К мерам ограничения приходится прибегать и при грубом снижении памяти, поскольку такие больные часто пропадают, не могут найти дорогу домой, забывают выключить свет и газ. Создайте стабильную среду, день хорошо структурирован при еде, мытье и сне, вещи на привычных местах. Избегайте сюрпризов и путаницы. Иногда самое полезное – просто быть рядом. Помогите найти помощь. Свяжитесь с местным отделением Общества Альцгеймера, читайте соответствующие книжки. Как член семьи, друг или опекун, вы можете стать тылом, защитником прав БД. Он ждет вашей любви и сострадания. Помощникам нужно облегчить повседневную жизнь.

## Изменение образа жизни

БД приходится изменить распорядок дня, в большей степени полагаться на близких. На ранних стадиях Д следует сделать ряд шагов для планирования жизни и помощи.

**Будьте готовы к предстоящим ограничениям жизни.** Спросите врача (социального работника), что сделать заранее, к чему готовиться. БД может растеряться. Вам предстоит контролировать его жизнь уже на раннем этапе Д, ища баланс между попечением и сохранением права близкого на независимость.

**Упростите жизнь БД.** Что в силах семьи, друзей?

• Помочь полному медицинскому обследованию и составить хорошую историю болезни для уточнения диагноза. Помочь в оценке функционального состояния БД, чтобы определить меру опасности для человека жить самостоятельно. *Вождение* для многих БД – признак независимости «прежней жизни», и решение о том, что им пора оставить руль, требует твердости и чуткости от близких. *Люди водят, как живут.* Концентрация и быстрота реакции, условия безопасного вождения, ухудшаются с возрастом и особенно при Д. И приходит пора стать пассажиром. *Угрожающие симптомы опасного вождения БД (стоп-сигналы для вождения):*

- Ваш близкий плутает по знакомому району;
- не узнает («не видит») дорожные знаки, сигналы светофора;
- заторможен, принимает неверные решения на дороге;
- затрудняется поменять полосу движения, совершить поворот, припарковаться;
- водит с неподозволительной скоростью или чересчур медленно и неуверенно;
- гневлив и растерян в дороге и при сторонних замечаниях;
- путает педали газа и тормоза. Собака под забором, яркий плакат на обочине могут отвлечь внимание БД от стоп-сигнала соучастника движения.

Возможно, близкие лучше понимают, насколько пострадали навыки их дорогого водителя. *Спросите себя, в безопасности ли Вы, когда БД за рулем* и примите неотложно и твердо решение.

**Не ждите беды.**

Большинство специалистов рекомендует прекратить во-

ждение БД как можно скорее, раз и навсегда. Для некоторых БД легче отказаться от вождения, пока они оценивают риск для себя и окружающих. Позднее доводы и объяснения не помогают. Хотя БД обычно расстроен (уже «не хозяин себе»), будьте терпеливы, тверды и последовательны. Хорош самый простой довод: «У тебя хуже память, и ездить тебе и с тобой небезопасно», «Ты принимаешь лекарства, тормозящие реакцию водителя» (объясните, что поддержание здоровья лекарствами важнее руля). Не искушайте БД без нужды: не оставляйте его одного в припаркованной машине, а ключи от машины на виду. Парковка за углом («С глаз долой, из сердца вон») может быть недостаточной. Вместо споров спрячьте ключи от автомобиля; без свечей зажигания автомобиль не стронется с места. Продайте, в крайнем случае, машину подальше от греха. Предупредите знакомых, что Ваш близкий простился с рулем по состоянию здоровья. Хотя отдельные люди на ранних стадиях Д ограничивают вождение короткими дневными поездками по привычной дороге, но этот навык может быть быстро утрачен. Не позволяйте БД ездить только в «хорошее время». Иногда помогает, если запрет вождения исходит от авторитетного лица: врача («велел больше не ездить»), адвоката, страхового агента. Запрет в письменной форме служит полезным напоминанием. Обратите внимание близкого на иную приятную деятельность. Нет худа без добра: гулять полезно (не приобрести ли собаку); купите близкому шагомер. Общественный транспорт дешевле машины. Обсудите с БД, как добираться автобусом до базара. Лекарства могут быть привезены заботливым внучком (заодно пусть поближе познакомятся), социальным работником. Пригласите парикмахера на дом, освоите машинку для стрижки. *Ограничение домашних обязанностей*, ставших бременем БД. Готовка

еды и прием лекарств становятся опасными мероприятиями. БД может забыть выключить плиту, спутать, ненароком завысить дозу и отравиться лекарством. Желательно, чтобы БД участвовал в делах семьи, посильно вел хозяйство при вашей поддержке и ненавязчивом контроле. Обсудите возможность помощи социального работника. *Правовое и финансовое планирование и обязательства.* Как и вождение, управление своими кровными деньгами – признак независимости. Трудно, но не позорно принять своевременно помощь людей, которые видят лучше потребность в помощи и, возможно, ранее, чем Вы сами. Загодя следует прикинуть, на чье имя стоит оформить доверенность. Надежный член или друг семьи – большое подспорье. Как доверенное лицо он может действовать от имени БД при банковских операциях, получении и расходовании пенсионного пособия, распределения ежемесячных трат (коммунальные платежи, кредит). Сам больной должен иметь время, чтобы узнать, что нужно сделать. Так, хотите ли Вы на более поздних этапах Д остаться дома или предпочли бы дом престарелых. Присмотрите его заранее. *Медицинские вопросы планирования* на ранних стадиях Д. *Посещение врача.* Важно, что БД получал регулярную медицинскую помощь. Заблаговременное планирование поможет поездке к врачу в подходящее время дня, когда в поликлинике немногочленно. Не говорите БД о посещении врача загодя. Возьмите друга или другого члена семьи, чтобы посидеть с БД, пока будете говорить врачом. Составьте историю болезни и лечения близкого. Захватите с собой что-то закусить и питье, книжку (плеер).

## Так лечат деменцию

---

*«Если болезнь идет в атаку в тот же момент,  
что и лечение, она не быстрее его».*

*Гиппократ*

Волшебного лекарства против Д, как и для большинства длительных болезней (поэтому они и длительные) – пока нет, но есть подходы, позволяющие уменьшить бремя Д. Лечение может облегчить симптомы и улучшить качество жизни БД и его близких; в идеале, – замедлить (остановить, даже обратить вспять) развитие Д. Предстоит *сочетанная, возможно, пожизненная терапия*, а не буря и натиск. Она направлена на сохранение и активизацию взаимосвязанных умственных и функциональных возможностей больного. Лечение вытекает из причин Д. Поэтому диагноз крайне важен. *Обратимые Д* лечат устранением причины их возникновения, основного заболевания. Некоторые Д излечимы, если прекратить употребление спиртного; удалить опухоль или очаг кровоизлияния в мозг; восполнить дефицит необходимых витаминов, нормализовать уровень сахара крови; работу щитовидной железы, почек, печени. Выбор терапии определен формой Д и ее симптомами, переносимостью лекарств с учетом, что усредненный БД принимает 3-4 препарата кряду.

**Лекарства.** Ряд доказательно эффективных и хорошо переносимых антидементных лекарств при длительном использовании, восстанавливая уровень биологически активных веществ, необходимых нервным клеткам головного мозга для передачи информации, оказывает симптоматическое и нейрозащитное действие, замедляют нарастание Д и бытовой беспомощности БД; уменьшают опосредованно нарушения поведения. Современные эффективные лекар-

ства замедляют ухудшение памяти, иногда ее улучшают. Лечение сосудистой Д сводится сначала к нормализации кровяного давления и уровня холестерина крови. При сосудистой Д показаны препараты, снижающие кровяное давление, препятствующие тромбообразованию. У БД нередко соматические расстройства, их ведут совместно психиатры и врачи других специальностей. Дополнительные лекарства смягчат сопутствующие БД психические расстройства. *Антипсихотики* в малых дозах назначают при бреде или галлюцинациях, возбуждении. При ряде форм Д эти лекарства противопоказаны. *Антидепрессанты* нового поколения хорошо переносятся при длительном лечении депрессии. При любой форме Д врачу стоит провести пробное антидепрессивное лечение. *Транквилизаторы* нередко усугубляют расстройства памяти, могут привести к падению и переломам хрупких с годами косточек.

• **Препятствия лечению.** БД должны понять объяснения врача. Требуется, чтобы они запомнили и применили усвоенное в жизни, изменяя по необходимости поведение, вредные привычки, уклад жизни. До 80% пожилых (БД – еще больше) нарушают режим лекарственного лечения, путаясь в усложненных (порой напрасно) схемах лечения, завышая (занижая) по забывчивости дозы назначенных лекарств, затрудняясь откупорить аптечный пузырек.

**Психосоциальная поддержка** БД и их близким необходима. Важно обучение навыкам совладания с проявлениями Д, новой роли пациента и его помощника в группах психобразования и самопомощи. Терапевтическая поддерживающая среда позволяет понять БД и его близким, что они не одни в беде.

*Упражнения памяти и внимания* могут улучшить познавательные способности на начальных стадиях Д или

затормозить их ухудшение. Такая умственная тренировка нужна и при снижении памяти здоровых пожилых. Важно обучить БД особым приемам запоминания. Лучше сохраняются эмоционально окрашенные события. Поэтому советуют БД искать яркие смысловые или ситуативные связи. Зрительная информация («картинки») обычно запоминается лучше. Умственная деятельность развивает способность мозга не столь реагировать на болезненные изменения, отодвигает Д.

## Резервы помощи

---

Интернет, специальная литература, отделение общества самопомощи помогут найти опытных людей для совета, узнать больше о своих правах и научиться с меньшими ошибками новой роли опекуна БД. Узнайте больше о современных возможностях лечения, не впадая в отчаяние и не впадая в безудержный оптимизм при известии о новом лекарстве. Сегодня возможно замедлить развитие Д болезни, так чтобы БД мог находиться в семье как можно более и быть посылно деятельным, получать радость от жизни. Пожалуйста, не занимайтесь самолечением. Вам может понадобиться помощь социального работника, доброго соседа по уходу на дому. Вам предстоит найти хорошее лечебное учреждение для вашего любимого человека, затем, возможно, интернат. Не забывайте себя тоже! Рабочий контакт с врачом общей практики – залог благополучия БД и его близких. Учитесь выявлению симптомов Д и решению типовых проблем ухода, требуйте внимания и уважения к себе при поддержке. Иногда необходима консультация специалиста. Верный диагноз начинается процесс



обучения навыкам БД и их близких для удовлетворения их нужд при уходе на дому с указанием необходимых и возможных медицинских и общественных ресурсов для облегчения дистресса («вредного» стресса) и физической нагрузки. Необратимая Д требует помощи, тормозящей ее дальнейшее развитие. Все семьи, как известно, счастливы одинаково, но ведут себя по разному в несчастье. Решение о лечении БД принимается семейным советом с учетом потребностей близкого и возможностей семьи и социальной помощи (наличия дневного центра пребывания, социального работника).

\*\*\*

Любая болезнь – испытание человека и его семьи. Общая беда делает людей, как правило, лучшее, терпимее, открывает резервы сопереживания и взаимопомощи. Деменция – широкий набор разнородных состояний и симптомов, указывающий на приобретенные вследствие мозговой болезни умственные проблемы. Деменция – не окончательный приговор: прогноз ее может быть относительно благоприятным, течение в части случаев даже обратимым при верном и своевременном лечении. Раннее выявление деменции и начало многостороннего (биопсихосоциального) лечения – залог облегчения бремени серьезного недуга для пациента и его семьи.

## МОЖНО ЛИ ПРЕДОТВРАТИТЬ (ОТЛОЖИТЬ) ДЕМЕНЦИЮ

- Не злоупотребляйте спиртным, успокаивающими или снотворными (врач посоветует относительно безопасные).
- Психическая активность: шахматы, чтение, изучение языков (*Лев Толстой выучил древнееврейский язык после 80 лет*), музицирование, кроссворды, головоломки – осваивайте новое, старайтесь быть с приятными людьми. Люди дольше остаются в здравом уме и твёрдой памяти, не пренебрегая физическими упражнениями (ходьба, плавание и танцы).
- Здоровая пища: средиземноморская диета с омега-3 жирными кислотами в рыбе, орехах и оливковом масле будет кстати.
- Возможно, высокие дозы витаминов С, Е, фолиевой кислоты, В6 и В12.
- Прививки от гриппа, столбняка, дифтерии и полиомиелита снижают риск БА.
- Факторы риска сердечно-сосудистых болезней (высокий уровень холестерина в крови и кровяного давления, сахарный диабет, курение) служат факторами риска и Д.
- Поэтому снижайте уровень холестерина в крови (риск сосудистой Д) статинами (население развитых экономически стран больше всего тратит на них, покупая лекарства). Чем надежнее контроль кровяного давления, тем меньший ущерб нанесен белому веществу мозга.
- Возможно, высокий интеллект – защитный фактор Д: он увеличивает дистанцию между доболезненным уровнем функционирования и его нарушениями.
- Ранее считалось, что с возрастом мозговая деятельность ухудшается, так как клетки головного мозга (нейроны) постепенно отмирают, в результате к концу жизни человек теряет треть их количества. Последние исследования показали: *клетки головного мозга не умирают*. А вот связи между нейронами с возрастом могут быть потеряны, если человек дает мозгу дремать и пользуется головой лишь для еды и болтовни.

## ОПРОСНИК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БД

Врач задаст следующие вопросы непринужденно, «не экзаменуя». Людей с более сохранной памятью может покоробить «детский вопрос».

**Вопросы и задания** 1. Какое сегодня число? 2. Какой сегодня день недели? 3. Как называется наш город? 4. Назовите номер вашего телефона (адрес). 5. Сколько вам лет? 6. Назовите дату вашего рождения. 7. Кто у нас сейчас президент? 8. А кто был до него? 9. Какова девичья фамилия Вашей матери. 10. Вычитайте, пожалуйста, из 20 по 3 до 0.

**Оценка.** Каждый верный ответ заслуживает один балл. Здоровому человеку «разрешено» сделать до 2-х ошибок; 3-4 ошибки: указывают на легкие нарушения; 5-7 ошибок – на умеренные; 8-10 на – выраженные проблемы. Если испытуемый (надеемся, не больной) без начального школьного образования, число допустимых ошибок увеличивается на 1. При высшем образовании число допустимых ошибок уменьшается на 1.

Для распознавания сосудистой Д в отличие от БА врачи используют следующую шкалу. На ряд вопросов следует ответить Вам, это поможет врачу. Более важные симптомы оценены в 2 балла, менее – 1 балл.

**Ишемическая шкала Nachinski.** 1. Внезапное начало деменции – 2 балла 2. Ступенеобразное («скачками») развитие деменции -1 балл 3. Волнообразное течение – 2 балла. 4. Ночная спутанность – 1 балл. 5. Относительная сохранность личности (только близкие знают обследуемого «прежде») – 1 балл. 6. Депрессия (расскажите об обычном дне близкого) – 1 балл. 7. Жалобы на телесное нездоровье (предъявит Ваш близкий или Вы напомните о них) – 1 балл. 8. Слабодушие (плач при жалостливых фильмах, нежданный смех в ответ на грубую шутку) – 1 балл. 9. Гипертензия (повышение кровяного давления) в прошлом – 1 балл. 10. Мозговые инсульты в прошлом – 2 балл. 11. Сочетанный атеросклероз – 1 балл. 12. Очаговые неврологиче-

ские симптомы (определил врач) – 2. 13. Неврологические жалобы («слабость» в руке, головокружение) – 2 балла.

**Оценка** более 6-7 баллов свидетельствует о вероятности сосудистой Д, 4 балла и ниже – похоже на БА.

## РЕСУРСЫ САМОПОМОЩИ

### **Национальная Альцгеймеровская ассоциация**

Москва 115522, Каширское шоссе 34.

Запись на консультации 8 (495) 324-96-15 (15-16.30 часов)

### **Лаборатория памяти при Московской медицинской академии им. Сеченова**

Адрес: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, 11.

Телефон: (8-499) 136-05-74

*Интернет-сайт: [www.memorylab.ru](http://www.memorylab.ru)*

Запись пациентов на консультацию с понедельника по пятницу 09:30 – 14:00 (время московское).

Консультации для специалистов с понедельника по пятницу 10:00 – 12:00 (время московское).

### **РООИ Медицинский центр «Здоровье человека»**

Запись пациентов на консультацию к врачу по телефону (495) 674-67-35.

Для инвалидов консультация бесплатно.

*Интернет-сайт: <http://www.humanhealth.ru>*

### **Кафедра клинической и социальной гериатрии Российского университета дружбы народов**

Запись по телефону (8-495) 353-44-80

По телефону можно записаться на школу для пациентов и на бесплатный прием врача невролога (по вопросам когнитивных нарушений).

### **Интернет-сайт для пациентов и специалистов:**

*<http://memini.ru>*