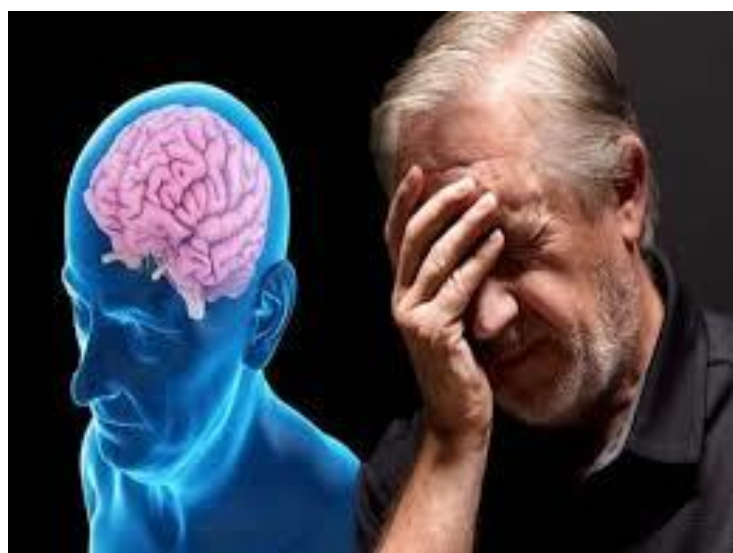


ОБЩЕНИЕ С  
ЧЕЛОВЕКОМ В  
ТЕНИ: КАК  
ПОДДЕРЖАТЬ  
БОЛЬНОГО  
АЛЬЦГЕЙМЕРОМ



## Оглавление

---

Общение с Человеком в Тени: Как Поддержать Больного Альцгеймером.....	1
Вступление .....	1
Деменция при болезни Альцгеймера. ....	1
Причины. ....	2
Факторы риска .....	2
Классификация .....	2
Симптомы.....	3
Диагностика .....	3
Лечение .....	4
Уход за больным. ....	4
Охрана здоровья ухаживающих лиц.....	5

## Общение с Человеком в Тени: Как Поддержать Больного Альцгеймером.

### Вступление

---

Наше сознание служит нам верой и правдой всю жизнь, но что происходит, когда память начинает медленно исчезать, словно поток, иссякающий в пустыне? Лабиринты и тупики сознания, забытые лица, осколки прошлого — все это часть сложного пазла, называемого деменцией при болезни Альцгеймера — хроническое нейродегенеративного заболевания, наносящего удар по самой сущности того, что делает нас людьми - памяти, мышления, ориентации во времени и пространстве.

Давайте рассмотрим деменцию при болезни Альцгеймера. Обсудим симптомы, причины и подходы к лечению. Оценим силу человеческой воли и любви остающихся светом для больных, даже в самых темных временах. Вместе рассмотрим сложности этого заболевания и его влияние на жизни миллионов людей по всему миру, и постараемся обрести ответы и надежду на будущее.

### Деменция при болезни Альцгеймера.

---

Наиболее частой причиной деменции является болезнь Альцгеймера (далее БА) — до 50% клинических случаев. Есть деменция без БА, но нет БА без деменции.

БА — хроническое нейродегенеративное заболевание головного мозга, проявляющееся прогрессирующей потерей когнитивных функций, снижением интеллекта вплоть до полного распада личности. Характерно блокирование мостика между кратко- и долгосрочной памятью, с утративанием способности запоминания.

Характеризуется амилоидным перерождением тканей мозга с атрофией пораженных участков. Наблюдаются участки дегенеративных изменений височных, теменных долей, поясничной извилины, фронтальной коры и подкорки. Ярко выражена блокада синтеза ацетилхолина — нейромедиатора межклеточной коммуникации, отмирание синапсов и нейронов.

## Причины.

Причины точно не идентифицированы. На данный момент существуют несколько теорий пытающиеся объяснить возникновение БА.

1. Ацетилхолиновая теория: дефицит или полная блокада продукции ацетилхолина. На данный момент считается маловероятной несмотря на то, что на базе этой теории выработано большое кол-во препаратов для поддерживающей терапии.
2. Амилоидная теория: связана с нарушением обмена и элиминации бета-амилоида. На данный момент основная, хотя конца ответить на все вопросы не способна.
3. Тау теория: образование нейрофибрилярных структур за счет нарушения пространственной организации и обмена тау-белка. Эти структуры разрушают внутринейронную организацию с обрушением биохимии синаптических связей и отмиранием клеток.
4. Инфекционная теория: весьма оригинальная и модная на сегодняшний момент. Связана с обнаружением в мозге погибших людей возбудителя пародонтита — *Porphyromonas gingivalis*.
5. Генетическая теория: выявлены 3 мутантных гена приводящих к ранней форме БА. Согласно теории, развитие патологии начинается при переходе этих генов из латентного в активное состояние. На данный момент порядка 10% клинических случаев укладываются в рамки гипотезы.

## Факторы риска

- Не поддающаяся контролю гипертензия;
- Атеросклеротические поражения велизиевого круга, остеохондроз шейного отдела;
- гиперлипидемия;
- гипергомоцистеинемия;
- сахарный диабет;
- избыточная масса тела;
- гиподинамия;
- хроническая гипоксия;
- черепно-мозговые травмы в анамнезе;
- Половой признак: женщины болеют чаще.

## Классификация

На данный момент имеют право существовать две системы классификации: возрастная и клиническая.

Возрастная основана на возрасте пациента с порогом в 65 лет:

- Пресенильная для возраста до 65 лет: характеризуется агрессивным прогрессом с угнетением высших функций, с развитием ранней тотальной деменции с распадом личности с нарушением воспринимающих функций. Генетическая предрасположенность.
- Сенильная форма: вялотекущая, первичным симптомов является поражение памяти, при прогрессивном течении приводящее к тотальной форме.

Клиническая классификация основана на различиях протекания фаз заболевания:

- Предеменция: при постановке диагноза важна диф. диагностика с симптомами старения и стрессорными реакциями. Проявляется забывчивостью, снижении когнитивной адаптивности, нарушением моторики и апатией. Эту стадию еще называют мягкой.

- Ранняя: прогрессирующее снижение памяти, при этом наблюдается угнетение свежих воспоминаний наряду с нетронутыми старыми. Нарастает афазия, расстройства тонкой моторики, нарастающая агнозия. При проведении сложных манипуляций требуется дополнительная поддержка.
- Умеренная: прогрессирующая автономность пациента снижается. Нарастание афазии и парафазии. Проявляются первые симптомы нарушения долгосрочной памяти. Возможны нейропсихиатрические расстройства с асоциальным оттенком. Усиливается лабильность психики. Возникает ложная идентификация и бредовый синдромокомплекс, явления энуреза.
- Тяжёлая: тяжелая афазия, полное отсутствие автономности. При отсутствии вербальных навыков полная коммуникация не утрачена. Больные апатичны и истощены, с развитием астении. Практически не покидают постели, самостоятельное питание невозможно. Смерть наступает от вторичных заболеваний.

## Симптомы

Главный симптом для БА — нарушение памяти, на первых стадиях краткосрочной — основная проблема с запоминанием свежей информации. Интересный симптом на самом раннем этапе развития болезни — нарушение обоняния.

Основные симптомы:

- амнезия – потеря памяти, забывчивость;
- неспособность к концентрации;
- снижение вплоть до утери бытовых и приобретённых умений;
- дезориентация темпоральная и пространственная;
- снижение и угнетение функций познания;
- невозможность интерпретировать информацию;
- невнятность речи;
- апатичность;
- снижение автономности и коммуникабельности.

Нарастание симптоматики происходит постепенно, лишь в некоторых случаях наблюдается агрессивная динамика, свойственная пресенильной форме. При нарастании нейропсихиатрической симптоматики возможна агрессивность и асоциальность поведения.

## Диагностика

NINDS и Ассоциация БА определили комплекс обследований для постановки диагноза.

Согласно ему, при нейропсихологическом обследовании необходимо удостовериться в присутствии когнитивных расстройств и синдромокомплекс деменции.

1. Сбор анамнеза пациента и семейного.
2. Нейропсихологический тест (MMSE)
3. При дифференцировке на ранних стадиях — развернутое неврологическое тестирования
4. СПЕКТ- и ПЕТ-тестирования
5. МРТ с контрастом с углеродом<sup>11</sup>
6. Отбор спинномозговой жидкости с тестированием уровня бета-амилоида или тау-белка.
7. Биохимия крови

## Лечение

На данный момент не существуют препаратов, приводящих к отрицательной динамике или тормозящих развитие заболевания. Терапия имеет симптоматический характер. На первых стадиях используют средства, препятствующие снижению уровня ацетилхолина.

Препараты для терапии когнитивных расстройств

- Ингибиторы холинэстеразы — блокируя холинэстеразу, повышают уровень ацетилхолина в мозге. Применяются на стадии предеменции, ранней и умеренной.
- ингибитор активации глутаматных NMDA-рецепторов — средняя эффективность на умеренной и тяжелой стадиях.

Психосоциальная терапия используется наряду с фармакотерапией и условно ее можно подразделить на:

- Коррекция поведенческих отклонений;
- Коррекция эмоциональной сферы;
- Когнитивно-ориентированные методы терапии
- Методы, стимулирующие сферу восприятия

## Уход за больным.

---

Близкие и любящие люди несут на себе все тяжесть ухода. Именно от них зависит продолжительность жизни пациента, и именно они несут большую часть психической, физической и финансовой нагрузки. Как правило уход на ранних и умеренных стадиях проходит в домашних условиях.

Учитывая неизлечимость заболевания, постепенное ухудшение способностей заботиться о себе, качество ухода — главная часть терапии. Поэтому давайте остановимся на этом подробнее.

Начальные стадии заболевания — применяемые меры ухода:

- Обеспечение безопасности пациента;
- Адаптация помещений под облегчение пользования больным;
- Строгое соблюдение распорядка дня;
- Затруднение доступа больного к потенциально опасным зонам(замки);
- Информационные контактные бейджики на пациенте;
- Информационные ярлыки на бытовом оборудовании и предметах обихода;
- Оборудование помещений системами мониторинга.

С развитием болезни нагрузка на людей, обеспечивавших уход только возрастает. Видеть деградацию близкого и любимого представляется огромной психологической нагрузкой, усугубляющаяся социальными и экономическими проблемами.

По мере ухудшения состояния меняется и комплекс процедур входящих в уход за пациентом.

В связи с этим возникает вопрос о найме патронажной сестры, использование социальной службы или овладение комплексом процедур самостоятельно.

- При потере способности самостоятельного питания — переход на протертые продукты и в дальнейшем установка назогастрального зонда;
- Санация полости рта и носа;
- Борьба с пролежнями;
- Лечебные массажи и борьба с застоями в ТБД;
- Борьба с инфекциями респираторного тракта, глаз, кожи и т.д.;
- Контроль деятельности ЖКТ;
- Постановка различных видов зондов;
- Фиксация пациента при необходимости;

## Охрана здоровья ухаживающих лиц.

Заботясь о близком человеке, нельзя забывать и о собственном здоровье. Ведь эта марафонская дистанция — длина, которой годы. Надо не забывать, что срок жизни больного деменцией напрямую связан с качеством ухода, который вы предоставляете.

Заботясь о больном необходимо делать перерывы, обеспечивая полноценный отдых, эмоциональную и социальную разгрузку.

По данным зарубежных исследователей, среди людей ухаживающих за больными близким выявляется значительный % больных с соматическими и психическими нарушениями. Постоянное психологическое и социальное давление создает ситуацию хронического стресса, пагубно сказывающегося на организме ухаживающего. Во многих западных странах проводятся специальные тренинги психооздоровления и обучению противостояния стрессовому давлению.