

А.Б. Локшина

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия  
119021, Москва, ул. Россолимо, 11

## Тяжелая деменция: диагностика, ведение пациентов, профилактика осложнений

Своевременная диагностика и как можно более раннее начало терапии когнитивных нарушений (КН) чрезвычайно важны. При этом, к сожалению, существует серьезная проблема запоздалой диагностики КН, нередко только на этапе тяжелой деменции. В статье обсуждается современная классификация КН по степени тяжести. Особое внимание уделено клиническим признакам, критериям диагностики, а также основным принципам ведения пациентов с деменцией. Детально рассмотрены различия между степенями тяжести деменции, деменция тяжелой степени. Отмечено, что на наличие у пациента тяжелой деменции указывает формирование постоянной зависимости от посторонней помощи. Подчеркнута необходимость структурирования клинической оценки состояния когнитивных функций и влияния КН на повседневную деятельность. Для этого целесообразно использовать специальные клинические шкалы, в которых перечисляются когнитивные симптомы, наиболее характерные для различных стадий когнитивного дефицита. Одной из наиболее хорошо зарекомендовавших себя в клинической практике шкал является клиническая рейтинговая шкала деменции (Clinical Dementia Rating scale — CDR). Освещены основные подходы к ведению пациентов с тяжелой деменцией, включая современные лекарственные препараты для коррекции КН и поведенческих расстройств. Обсуждаются возможность и целесообразность терапии тяжелой деменции ингибиторами ацетилхолинэстеразы и/или конкурентным блокатором НМДА-рецепторов мемантином. Описаны поведенческие расстройства у пациентов с тяжелой деменцией. Данные расстройства требуют как медикаментозной коррекции, так и психологической поддержки со стороны родственников. Указывается на важнейшее значение правильного ухода за пациентами и коррекции сопутствующих расстройств, в том числе тазовых нарушений. Нейрогенное нарушение мочеиспускания нередко сопутствует проявлениям КН и других нервно-психических расстройств у пациентов с тяжелой деменцией. Обсуждаются основные группы препаратов, используемых для лекарственной терапии данного состояния, а также возможности применения современных абсорбентов и средств по уходу.

**Ключевые слова:** когнитивные нарушения; деменция; тяжелая деменция; лечение деменции; уход за пациентами с тяжелой деменцией.

**Контакты:** Анастасия Локишина; [aloksh@mail.ru](mailto:aloksh@mail.ru)

**Для ссылки:** Локшина АБ. Тяжелая деменция: диагностика, ведение пациентов, профилактика осложнений. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;(1):54–60.

### Severe dementia: diagnosis, patient management, prevention of complications

Lokshina A.B.

Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia  
Rossolimo Str., 11, Moscow, 119021, Russia

Timely diagnosis and the early start of therapy for cognitive impairments (CI) are extremely important. Unfortunately, there is a serious problem of belated CI diagnosis (it is often diagnosed only at the stage of severe dementia). The article discusses the current CI classification by the severity level. Special attention is paid to clinical symptoms, diagnostic criteria, and the basic principles of managing dementia patients. The differences in the severity levels of dementia are discussed in detail; special attention is given to severe dementia. It is noted that the presence of severe dementia in the patient is indicated by permanent dependence on physical assistance. The demand for structuring the clinical assessment of the state of cognitive functions and of the CI influence on daily activity is emphasized. For this purpose, it is recommended that special clinical scales listing cognitive symptoms that are most typical of various stages of cognitive deficit are used. The Clinical Dementia Rating (CDR) Scale is one of the well-proved scales. The main approaches for managing patients with severe dementia, including modern drugs for correction of CI and behavioral disorders, are discussed. The possibility and advisability are discussed for treating severe dementia with acetylcholinesterase inhibitors and/or a competitive blocker of the NMDA-receptor, memantine. Special attention is paid to behavioral disorders in patients with severe dementia. These disorders require both the medication correction and psychological support from relatives. The critical significance is emphasized for the proper patient care and for the correction of associated disorders, including pelvic disorders. Neurogenic inappropriate urination often accompanies the manifestations of CI and other neuropsychiatric disorders in patients with severe dementia. The main groups of medications that are used for drug therapy of this condition, as well as possibilities for using modern absorbents and care agents, are discussed.

**Keywords:** cognitive impairments; dementia; severe dementia; dementia treatment; care for patients with severe dementia.

**Contacts:** Anastasiya Lokshina; [aloksh@mail.ru](mailto:aloksh@mail.ru)

**Reference:** Lokshina AB. Severe dementia: diagnosis, patient management, prevention of complications. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;(1):54–60.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-1-54-60>

Пожилой возраст является самым сильным и независимым фактором риска нарушений высших мозговых (когнитивных) функций. Параллельно увеличению числа лиц пожилого возраста увеличивается число пациентов с когнитивными нарушениями (КН). Достижения в области изучения патофизиологии и нейрохимии КН, а также новые данные нейрофармакологии позволяют сегодня рассматривать КН как частично курабельное состояние.

#### Актуальность проблемы

В настоящее время чрезвычайно важны своевременная диагностика и раннее начало терапии КН. При этом, к сожалению, существует серьезная проблема поздней диагностики КН, нередко только на этапе тяжелой деменции, когда терапевтические возможности невелики. Это происходит из-за недостаточной информированности населения. Многие люди полагают, что снижение памяти и других когнитивных функций в пожилом и старческом возрасте — норма. Именно поэтому пациенты и их родственники нередко не обращаются к врачу вплоть до развития крайне тяжелых нарушений, когда пациенты уже полностью утрачивают навыки самообслуживания или перестают узнавать окружающих.

Еще одна причина поздней диагностики КН — недостаточное знание неврологами, психиатрами, геронтологами и врачами других специальностей методов оценки когнитивных функций. Очевидна необходимость в овладении врачами различных специальностей простыми клинико-нейропсихологическими методами исследования — так называемыми скрининговыми шкалами диагностики КН. Необходимо помнить, что КН наряду с другими неврологическими проявлениями (двигательными, сенсорными, вегетативными расстройствами) являются важным и нередко ведущим (а в ряде случаев и единственными) признаком органической патологии головного мозга разной этиологии. Рутинное исследование состояния когнитивной сферы, а также анализ двигательных, чувствительных и других неврологических функций играют большую роль в семиотике, топической и нозологической диагностике многих заболеваний головного мозга. Деменция и недементные КН — важнейшие факторы, определяющие качество жизни больных со многими неврологическими и соматоневрологическими заболеваниями. Если еще недавно лечение деменций было практически невозможно, то в настоящее время оно стало частью реальной клинической практики.

#### Классификация, признаки и диагностика деменции

Большое значение для нозологического диагноза, прогноза и терапевтической тактики имеет оценка тяжести КН. По классификации, предложенной Н.Н. Яхно, выделяют тяжелые, умеренные и легкие КН [1, 2].

Тяжелые КН ограничивают повседневную деятельность пациента (работа, хобби, социальные связи, быт, самообслуживание). Наиболее распространенным видом тяжелых КН является деменция. Более редкие варианты тяжелых КН — делирий, депрессивная псевдодеменция, а также выраженные в значительной степени монофункциональные нарушения (изолированная амнезия, афазия, апраксия или агнозия).

Деменция (от лат. *de* — утрата и *mentos* — ум; син. — слабоумие) — это приобретенное стойкое нарушение когнитивных функций в результате органического заболевания головного мозга различной этиологии, проявляющееся расстройствами в двух и более когнитивных сферах (память, внимание, речь и др.) при нормальном сознании и уровне бодрствования и приводящее к нарушению бытовой и/или социальной и профессиональной адаптации пациента. На этапе деменции пациент полностью или частично утрачивает независимость и самостоятельность, нередко нуждается в постороннем уходе [1–4]. Деменция может быть легкой, умеренной, или тяжелой (см. ниже).

КН при деменции определяются на фоне ясного сознания. Этим деменция отличается от делирия, для которого также характерны тяжелые КН, но они обусловлены спутанностью сознания.

Следует также дифференцировать деменцию и депрессивную псевдодеменцию, которая может наблюдаться у пациентов с выраженной депрессией. В этих случаях отсутствует органическое повреждение головного мозга, хотя степень КН может достигать значительной выраженности, вызывая дезадаптацию в повседневной жизни. Депрессивная псевдодеменция является, таким образом, самостоятельным видом тяжелых КН [1, 2].

Деменция — полиэтиологический синдром. Существует около 100 различных заболеваний, которые могут сопровождаться деменцией. Однако главными причинами деменции в пожилом возрасте являются болезнь Альцгеймера (БА), цереброваскулярные заболевания, так называемая смешанная деменция (БА в сочетании с цереброваскулярными расстройствами) и деменция с тельцами Леви. Указанные заболевания обуславливают 75–80% деменций у пожилых [1–3, 5–7]. Клиническая картина деменции зависит от заболевания, лежащего в ее основе. Различия клинической картины наиболее заметны на стадии легкой и умеренной деменции, в то время как при тяжелой деменции они могут стираться из-за выраженности нарушений и трудностей контакта с больным, что не позволяет проводить тонкий качественный анализ имеющихся расстройств. Именно поэтому, впервые встретившись с пациентом на стадии тяжелой деменции, врач, к сожалению, не всегда может поставить точный диагноз заболевания, явившегося причиной КН.

Органическое церебральное поражение, которое, по определению, лежит в основе деменции, необязательно но-

сит первичный характер, т. е. не всегда связано с анатомическим повреждением головного мозга. Высшие мозговые функции могут страдать также вследствие соматической патологии при системных дисметаболических расстройствах. Обычно в таких случаях КН носят потенциально обратимый характер и могут регрессировать при своевременной коррекции системного метаболизма. По эпидемиологическим данным, не менее 5% деменций потенциально обратимы [1, 2, 5].

#### Диагностические критерии деменции по МКБ-10 [8]:

- расстройства памяти как вербальной, так и невербальной, которые проявляются в нарушении способности к запоминанию нового материала, а в более тяжелых случаях также в затруднении воспроизведения ранее усвоенной информации. Нарушения должны быть оценены с помощью нейропсихологических тестов;
- нарушения других когнитивных функций – способности к выработке суждений, мышлению (планированию, организации действий) и переработке информации. Эти нарушения должны быть подтверждены с помощью соответствующих нейропсихологических тестов. Необходимым условием для установления диагноза является снижение когнитивных функций по сравнению с их исходным более высоким уровнем;
- нарушение когнитивных функций на фоне сохранного сознания;
- наличие по меньшей мере одного из следующих признаков: эмоциональной лабильности, раздражительности, апатии, асоциального поведения.

Для установления достоверного диагноза перечисленные признаки должны наблюдаться в течение как минимум 6 мес; при меньшем сроке наблюдения диагноз может быть предположительным.

В последние годы обсуждается целесообразность пересмотра диагностических критериев с целью устранения жесткой привязки данного синдрома к наличию выраженных нарушений памяти. Именно из-за выделения нарушений памяти в качестве самостоятельного и облигатного диагностического признака деменции приведенные критерии нередко подвергаются критике. Действительно, в подавляющем большинстве случаев деменции имеются выраженные мнестические расстройства. Однако при некоторых формах тяжелых полифункциональных КН органической природы мнестические нарушения незначительны, а могут и вовсе отсутствовать. Речь идет о начальных стадиях лобно-височной дегенерации, некоторых вариантах сосудистой деменции и др.

Важнейшим критерием диагностики деменции является наличие различной степени дезадаптации в повседневной жизни. На этом основании деменцию разделяют на легкую, умеренную и тяжелую.

При *легкой деменции* нарушены наиболее сложные виды деятельности, такие как работа, социальная активность, увлечения и хобби. В пределах дома пациент остается вполне адаптированным, самообслуживание не страдает. Такие пациенты редко нуждаются в помощи и могут быть предоставлены сами себе большую часть дня.

*Умеренная деменция* характеризуется нарушением адаптации в собственном доме. Больные не могут пользо-

ваться бытовой техникой (плитой, телевизором, телефоном), дверным замком и др. Самообслуживание обычно не страдает, однако часто пациенты нуждаются в подсказках и напоминаниях, поэтому могут быть оставлены без присмотра лишь на непродолжительное время.

На *тяжелую деменцию* указывает формирование постоянной зависимости от посторонней помощи. Пациенты не могут обслуживать себя: одеваться, принимать пищу, выполнять гигиенические процедуры [2].

Для структурирования клинической оценки состояния когнитивных функций и влияния КН на повседневную деятельность предложены специальные клинические шкалы, в которых перечислены когнитивные симптомы, наиболее характерные для различных стадий когнитивного дефицита. При использовании данных шкал, врач задает пациенту и его родственникам целенаправленные вопросы для выявления указанных симптомов. Одной из наиболее хорошо зарекомендовавших себя в клинической практике является клиническая рейтинговая шкала деменции (см. таблицу).

#### Лечение деменции

Этиотропная и патогенетическая терапия невропсихических нарушений органической природы имеет в настоящее время весьма ограниченные возможности. Однако в подавляющем большинстве случаев доступна симптоматическая терапия, которая позволяет уменьшить выраженность КН и других невропсихических нарушений и тем самым улучшить качество жизни пациентов и их родственников.

Основными факторами, определяющими стратегию терапии КН, являются выраженность нарушений и их этиология. При тяжелых КН (деменции) в рамках БА, деменции с тельцами Леви, сосудистой и смешанной (сосудисто-дегенеративной) деменции, а также болезни Паркинсона (БП) показано назначение ингибиторов ацетилхолинэстеразы и/или конкурентного блокатора НМДА-рецепторов мемантина.

В настоящее время для лечения деменций используются три основных препарата из группы ингибиторов ацетилхолинэстеразы.

Галантамина гидробромид (реминил) – селективный ингибитор ацетилхолинэстеразы, агонист постсинаптических никотиновых рецепторов. Дополнительный никотиnergический эффект препарата увеличивает его терапевтические потенции в отношении концентрации внимания. Эффективность препарата доказана при БА, сосудистой и смешанной деменции. Имеется также опыт применения препарата при БП с деменцией [2, 7, 10–13].

Ривастигмин (экселон) – селективный ингибитор ацетилхолинэстеразы и бутирилхолинэстеразы. Ингибирование обеих холинэстераз в синаптической щели потенциально может обеспечивать более продолжительный терапевтический эффект, что повышает преимущества препарата в лечении пресенильных и быстро прогрессирующих форм деменции. Доказана эффективность ривастигмина при БА, деменции с тельцами Леви и БП с деменцией [2, 10–13]. Имеется также положительный опыт применения препарата при сосудистой и смешанной деменции. В настоящее время ривастигмин используется в виде капсул, питьевого раствора и пластыря. Питьевой раствор показан пациентам с нарушениями глотания,

**0 баллов — нет нарушений****0,5 балла — «сомнительная» деменция**

*Память:* постоянная незначительная забывчивость, неполное припоминание происшедших событий, «доброкачественная» забывчивость

*Ориентировка:* полностью ориентирован, могут быть неточности при назывании даты

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

*Взаимодействие в обществе:* 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; наряду с этим могут быть трудности самостоятельной ориентировки в малознакомой местности

*Мышление:* умеренные затруднения при решении задач, анализе сходств и различий, которые обычно не затрагивают повседневную жизнь

*Взаимодействие в обществе:* 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 анализе сходств и различий, которые оказывают негативное влияние на повседневную активность

*Взаимодействие в обществе:* утрачена самостоятельность вне дома, однако может вступать в социальное взаимодействие 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 в собственной личности

*Мышление:* решение интеллектуальных задач невозможно

*Взаимодействие в обществе:* 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

кроме того, эта форма препарата дает возможность в каждом случае подобрать максимально переносимую дозу. Применение пластыря более удобно и уменьшает риск побочных эффектов.

Донепезил (арисепт) — селективный ингибитор ацетилхолинэстеразы. Отмечен положительный эффект препарата при БА, сосудистой и смешанной деменции [11–13].

При применении препаратов этой группы после достижения терапевтической дозы у 50–70% пациентов наблюдается положительный эффект: улучшение или стабилизация памяти, других когнитивных функций, регресс поведенческих нарушений, повышение или стабилизация уровня независимости и самостоятельности. При отсутствии положительного эффекта препарат следует заменить на другой ингибитор ацетилхолинэстеразы. При этом можно получить существенно больший эффект, так как существуют индивидуальные варианты терапевтического ответа на различные препараты. Как правило, достигнутое в начале терапии улучшение сохраняется 6–12 мес. Затем из-за естественного прогрессирования заболевания возможно нарастание выраженности КН и других нервно-психических расстройств. Последнее, однако, не говорит об «истощении» терапевтического эффекта, так как в отсутствие ацетилхолинэргической терапии прогрессирование нервно-

психических расстройств идет быстрее. Спорным моментом является возможность отмены препарата на стадии тяжелой деменции, когда нет уверенности в его эффективности. Этот вопрос решается в каждом случае индивидуально. В настоящее время есть публикации об эффективности ингибиторов ацетилхолинэстеразы у пациентов с тяжелой деменцией. Так, С.И. Гаврилова и соавт. [14] наблюдали положительный эффект галантамина в дозе 16–24 мг/сут в отношении когнитивных функций, а также поведенческих и психотических симптомов деменции у пациентов с тяжелой деменцией при БА.

Особая осторожность необходима при использовании ингибиторов ацетилхолинэстеразы у пациентов с заболеваниями печени, синдромом слабости синусового узла, брадикардией, бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, эпилепсией. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы противопоказаны при тяжелой почечной и печеночной недостаточности.

Из неацетилхолинэргических препаратов доказанной эффективностью при КН различной этиологии обладает мемантин — обратимый блокатор постсинаптических НМДА-рецепторов глутамата [1, 2, 10–13]. Применение мемантина повышает порог генерации потенциала возбуждения постсинаптической мембраны, но не блокирует глутаматергический синапс полностью. Другими словами,

при воздействии мемантина для передачи возбуждения необходимы более значительные концентрации глутамата в синаптической щели. Известно, что при БА, сосудистой мозговой недостаточности и других заболеваниях с картиной тяжелых КН активность глутаматергической системы повышается и в синаптическую щель выделяется больше медиатора. Таким образом, применение мемантина при КН различной этиологии способствует нормализации паттерна глутаматергической передачи, что лежит в основе нейропротекторного и положительного симптоматического эффекта препарата.

Данные рандомизированных исследований и опыт широкого клинического применения свидетельствуют, что мемантин способствует улучшению когнитивных функций, нормализации поведения пациента с деменцией, повышению адаптации в повседневной жизни, уменьшает нагрузку на родственников, ухаживающих за пациентом. При этом многочисленные исследования подтвердили эффективность препарата именно при деменции умеренно тяжелой и тяжелой степени. Показания к применению мемантина — деменция, связанная с такими заболеваниями, как БА, деменция с тельцами Леви, сосудистая и смешанная сосудисто-дегенеративная деменция, БП с деменцией. Активно исследуется эффективность мемантина при других нозологических формах деменции, а также при недементных (умеренных) КН [2, 14–18].

Мемантин в целом обладает хорошей переносимостью, не влияет на частоту сердечных сокращений, может применяться в терапевтических дозах при заболеваниях печени и почек, не вызывает желудочно-кишечных расстройств. Однако изредка данный препарат оказывает легкий психоактивирующий эффект, поэтому его нецелесообразно принимать на ночь. Ограничением к применению мемантина являются неконтролируемая эпилепсия. Препарат назначается по схеме с постепенным повышением дозы с 5 до 20 мг/сут в течение 4 нед. Возможно дальнейшее повышение дозы препарата до 30 мг/сут.

Мемантин можно использовать в качестве монотерапии или в комбинации с ингибиторами ацетилхолинэстеразы. По некоторым данным, комбинированная терапия оказывает максимально выраженный положительный эффект. Лекарственного взаимодействия между ингибиторами ацетилхолинэстеразы и мемантином не возникает. Целесообразно назначать комбинированную терапию при недостаточной эффективности одного из препаратов, а также при уменьшении эффективности монотерапии из-за естественного прогрессирования заболевания.

Значительную роль в ведении пациентов с тяжелой деменцией играет психологическая поддержка родственников, которые испытывают в этой ситуации стресс: это переживания за любимого человека, страдающего тяжелым, прогрессирующим и инвалидизирующим заболеванием, необходимость изменить свой образ жизни, так как требуется уход за больным, беспокойство из-за отмечающихся у него поведенческих расстройств (повышенная раздражительность, агрессивность, необоснованная подозрительность, связанная с формированием бредовых конструкций, галлюцинации). Очень важно предоставить родственникам полную и подробную информацию о диагнозе, сути заболевания, имеющихся и ожидаемых в будущем симптомах, прогнозе болезни. Нужно объяснить, как себя вести с па-

циентом с КН и другими нервно-психическими нарушениями в различных ситуациях, как относиться к тем или иным симптомам. Следует поощрять доброжелательное отношение к больному, поддерживать теплый эмоциональный климат в семье, который сам по себе способствует уменьшению выраженности поведенческих расстройств. Родственники должны поощрять разумную физическую и умственную активность пациента, принимать участие в его интересах, но ни в коем случае не принуждать больного к какой-либо деятельности, которую тот не может или не желает поддерживать.

Поведенческие расстройства у больного требуют медикаментозной коррекции. Лечение поведенческих расстройств нейролептиками следует начинать лишь в том случае, если указанные нарушения доставляют серьезное беспокойство самому пациенту или окружающим и не регрессируют на фоне ацетилхолинэргической и/или глутаматергической терапии. У пациентов пожилого и старческого возраста следует использовать минимальные дозы нейролептиков, в том числе из-за их неблагоприятного действия на когнитивные функции. При наличии экстрапирамидных нарушений или подозрении на деменцию с тельцами Леви допустимо применение только небольших доз атипичных нейролептиков, таких как клозапин, оланзапин, кветиапин или рисперидон.

Назначение пациентам пожилого и старческого возраста с КН бензодиазепинов и барбитуратов крайне нежелательно. Эти препараты могут усугублять нарушения памяти и других высших мозговых функций, провоцировать поведенческие расстройства, вызывать острые состояния спутанности сознания, напоминающие делирий. Следует отметить, что так называемые сердечные капли (корвалол, валокардин и др.) содержат фенобарбитал и поэтому должны с осторожностью применяться у таких больных [2, 11, 13].

Важнейшее значение имеют правильный уход за пациентом и коррекция сопутствующих расстройств, в том числе тазовых нарушений. Больным с тяжелой деменцией требуются ежедневная смена нательного и постельного белья, уход за кожными покровами и слизистыми, помощь при отпавлении физиологических потребностей, профилактика пролежней. Нейрогенное нарушение мочеиспускания, проявляющееся недержанием и/или задержкой мочи, нередко сопутствует КН и другим нервно-психическим расстройствам у пациентов с тяжелой деменцией [19, 20]. Причиной недержания мочи также могут быть сопутствующие урологические и гинекологические заболевания. Существенную роль играют ограничение возможности передвижения и тяжесть КН, что снижает мотивацию к самостоятельному мочеиспусканию. Гиперактивность мочевого пузыря может проявляться не только недержанием мочи, но и императивными позывами на мочеиспускание, поллакиурией (учащенным мочеиспусканием). Для лекарственной терапии данного состояния используют следующие группы препаратов: 1) антихолинэргические средства, снижающие эфферентную стимуляцию детрузора — оксибутинин (дриптан) в дозе 2,5–5 мг 4 раза в день, толтеродин (детрузитол) 2–4 мг/сут, тропиум (спазмекс) 15 мг/сут, солифенацин (везикар) 5–10 мг/сут; 2) антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата

серотонина); 3) препараты ботулинического токсина в виде внутривенных инъекций в несколько точек под контролем цистоскопии; 4) препараты, уменьшающие мочеобразование (аналоги вазопрессина) [19].

В тех случаях, когда не удается устранить недержание мочи лекарственными или другими средствами, могут быть эффективны прокладки или впитывающие трусы для взрослых (например, впитывающие трусы Моликар Мобайл), имеющие трехслойную впитывающую подушку с защитными бортиками, которая надежно удерживает жидкость и препятствует появлению неприятного запаха. Верхний прилегающий к коже слой впитывающей подушки трусов Моликар Мобайл и подгузников Моликар Премиум софт обладает доказанным антимикробным действием. В нашей стране проведен клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников Моликар Премиум экстра софт для профилактики дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи [20, 21]. Применение подгузников Моликар в сочетании со средствами для ухода за кожей у пациентов с недержанием мочи в

10 раз снижает частоту возникновения простого контактного дерматита и пролежней. Затраты на профилактику и лечение контактного дерматита и пролежней у одного неподвижного больного с недержанием мочи без применения абсорбентов и средств по уходу возрастают на 41%, потому что увеличивается количество процедур сестринского ухода: подготовка и смена нательного и постельного белья, уход за промежностью проводятся каждые 2 ч, или 12 раз в сутки, при этом больного перемещают в постели. В то же время использование качественных абсорбентов и средств для ухода за кожей позволяет сократить частоту проведения гигиенических процедур до 4 раз в сутки.

Таким образом, ведение пациентов с тяжелой деменцией предполагает комплексный подход, включающий применение лекарственной терапии КН, сопутствующих поведенческих нарушений, тазовых расстройств. Важнейшим компонентом является правильный уход за пациентом, в том числе с использованием современных абсорбентов и средств по уходу. Существенное значение имеет также психологическая поддержка родственников пациента.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно НН. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. Неврологический журнал. 2006;11(С1):4-12. [Yakhno NN. Cognitive impairment in neurological clinical practice. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2006;11(С1):4-12. (In Russ.)]
2. Яхно НН, Захаров ВВ, Локшина АБ и др. Деменции. Москва: МедПресс-информ; 2011. 272 с. [Yakhno NN, Zakharov VV, Lokshina AB, et al. *Dementsii*. [Dementias.]. Moscow: MedPress-inform; 2011. 272 p.]
3. Захаров ВВ, Яхно НН. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Москва; 2005. 71 с. [Zakharov VV, Yakhno NN. *Kognitivnye rassstroistva v pozhilom i starcheskom vozraste* [Cognitive frustration at advanced and senile age.]. Moscow; 2005. 71 p.]
4. Дамулин ИВ. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. Яхно НН, редактор. Москва; 2002. 85 с. [Damulin IV. *Bolezn' Al'tsgeimera i sosudistaya dementsiya* [Alzheimer's disease and vascular dementia]. Yakhno NN, editor. Moscow; 2002. 85 p.]
5. Локшина АБ, Захаров ВВ. Когнитивные нарушения в общеклинической практике. Врач. 2009;(4):21-5. [Lokshina AB, Zakharov VV. *Cognitive disorders in general clinical practice*. *Vrach*. 2009;(4):21-5. (In Russ.)]
6. Яхно НН, Захаров ВВ, Локшина АБ. Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006;106(2):58-63. [Yakhno NN, Zakharov VV, Lokshina AB. *Naruseniya pamyati i vnimaniya v pozhilom vozraste*. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 2006;106(2):58-63. (In Russ.)]
7. Дамулин ИВ, Яхно НН. Дегенеративные заболевания с когнитивными расстройствами. В кн.: Болезни нервной системы. Яхно НН, редактор. Том. 2. Москва: Медицина; 2005. С. 192-207. [Damulin IV, Yakhno NN. *Degenerativnye zabolevaniya s kognitivnymi rassstroistvami*. V kn.: *Bolezni nervnoi sistemy*. [Degenerate diseases with cognitive frustration. In: *Diseases of nervous system*.]. Yakhno NN, editor. Moscow: Meditsina; 2005. Vol. 1. P. 192-207.]
8. МКБ-10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотр. Том. 1. Женева: ВОЗ, 1995. С. 320, 315, 317, 510-511. [МКБ-10. *Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em, 10 peresmoir* [МКБ-10. The international statistical classification of diseases and the problems connected with health, the 10<sup>th</sup> revision]. Zheneva: VOZ, 1995. Vol. 1. P. 320, 315, 317, 510-511.]
9. Morris JC. The clinical dementia rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993;43(11):2412-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.43.11.2412-a>.
10. Erkinjuntti T, Roman G, Gauthier S, et al. Emerging therapies for vascular dementia and vascular cognitive impairment. *Stroke*. 2004;35(4):1010-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000120731.88236.33>. Epub 2004 Mar 4.
11. Lovestone S, Gauthier S. Management of dementia. London: Martin Dunitz; 2001.
12. Wilcock GK, Bucks RS, Rockwood K. Diagnosis and management of dementia. A manual for memory disorders team. Oxford, N.Y.: Oxford University Press; 1999. P. 251.
13. Захаров ВВ, Яхно НН. Современные аспекты фармакотерапии деменции. Неврологический журнал. 2006;11(2):3-6. [Zakharov VV, Yakhno NN. *Modern aspects of pharmacotherapy of dementia*. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2006;11(2):3-6. (In Russ.)]
14. Гаврилова СИ, Колыхалов ИВ, Калын ЯБ, Селезнева НД. Опыт применения галантамина (реминил) в лечении болезни Альцгеймера на стадии тяжелой деменции. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009;109 (7):57-61. [Gavrilova SI, Kolykhalov IV, Kalyn YaB, Selezneva ND. *Galantamine (remynil) in the treatment of severe alzheimer's disease*. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 2009;109 (7):57-61. (In Russ.)]
15. Гаврилова СИ, Калын ЯБ, Селезнева НД и др. Глутаматергическая терапия болезни Альцгеймера на стадии умеренно-тяжелой и тяжелой деменции: результаты 26-недельного исследования эффективности и безопасности препарата «Акатинол мемантин». Психиатрия и психофармакотерапия. 2005;7(2):72-6. [Gavrilova SI, Kalyn YaB, Selezneva ND, et al. *Glutamatergicheskaya terapiya bolezni Al'tsgeimera na stadii umerenno-tyazheloy i tyazheloy dementsii: rezul'tatyaty 26-nedel'nogo issledovaniya effektivnosti i bezopasnosti preparata «Akatinol memantin»*. *Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2005;7(2):72-6. (In Russ.)]
16. Колыхалов ИВ, Гаврилова СИ, Калын ЯБ и др. Сравнительное клиническое исследование безопасности и переносимости однократного приема препарата акатинол мемантин в сравнении с двухразовым приемом у пациентов с умеренно выраженной и умеренно тяжелой деменцией при болезни Альцгеймера. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;112(1):35-9. [Kolykhalov IV, Gavrilova SI, Kalyn IaB, et al. *Efficacy, safety and tolerability of a single dose of akatinol memantine in comparison to two-doses in patients with moderately expressed and moderately severe dementia in Alzheimer's disease*. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 2012;112(1):35-9. (In Russ.)]
17. Яхно НН, Преображенская ИС, Захаров

- ВВ, Мхитарян ЭА. Эффективность акатинола мемантина у пациентов с недементными когнитивными расстройствами. Результаты многоцентрового клинического наблюдения. *Неврологический журнал*. 2010;15(2):52–8. [Yakhno NN, Preobrazhenskaya IS, Zakharov VV, Mkhitaryan EA. Efficiency akatinola memantina at patients with nedementny cognitive frustration. Results of multicenter clinical supervision. *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2010;15(2):52–8. (In Russ.)]
18. Успенская ОВ, Яхно НН. Влияние мемантина на когнитивные функции пациентов с амнестическим вариантом синдрома умеренных когнитивных расстройств (клинико-психологическое и нейрохимическое исследование). *Неврологический журнал*. 2009;14(3):37–40. [Uspenskaya OV, Yakhno NN. The impact of memantine on cognitive functions in patients with amnesic type of mild cognitive impairment (clinical-psychological and neurochemical study). *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2009;14(3):37–40. (In Russ.)]
19. Парфенов ВА. Неврологические аспекты недержания мочи у пожилых людей. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013;(1):34–8. [Parfenov VA. Neurological aspects of urinary incontinence in the elderly. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;(1):34–8. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2395>.
20. Пизова НВ. Амбулаторное ведение больных после тяжелого инсульта с деменцией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* 2013;(4):78–83. [Pizova NV. Outpatient management after severe stroke with dementia. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;(4):78–83. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2460>.
21. Воробьев ПА, Краснова ЛС, Шустов АГ и др. Клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников MoliCare® Premium extra soft (Моликар Премиум экстра софт) для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи. В сб.: *Пролежни. Экономика и профилактика*. Воробьева ПА, Краснова ЛС, редакторы. Москва: Ньюдиамед; 2012. С. 34–99. [Vorob'ev PA, Krasnova LS, Shustov AG, et al. *Kliniko-ekonomicheskiy analiz effektivnosti ispol'zovaniya podguznikov MoliCare® Premium extra soft (Molika Premium ekstra soft) dlya profilaktiki razvitiya dermatita i prolezhney u nepodviznykh bol'nykh s nederzhanem mochi*. V sb.: *Prolezhni. Ekonomika i profilaktika* [The Kliniko-ekonomicheskiy analysis of efficiency of use of diapers of MoliCare® Premium extra soft (Molika Premium extra software) for prevention of development of dermatitis and decubitus at motionless patients with an urine incontinence. On Saturday. : Decubituses. Economy and prevention]. Vorob'eva PA, Krasnova LS, redaktory. Moscow: N'yudiamed; 2012. P. 34–99.]