

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
18 декабря 2009 г.
Регистрационный № 106-1009

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ
ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Гродненский государственный
медицинский университет», УЗ «Гродненский областной клинический центр
«Психиатрия-наркология»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. Е.Г. Королева, С.Л. Дудук, И.А. Лелявко

Гродно 2009

Основная цель методического документа — предложить набор рациональных организационных мероприятий и диагностических приемов для своевременного выявления деменций у лиц старшей возрастной группы и установления адекватного клинико-функционального диагноза на этапе амбулаторной и/или стационарной специализированной психиатрической помощи.

Лечебный и социальный эффект алгоритма связан с правильной диагностикой синдрома деменции. Это позволит устранить применение большого количества нередко малоэффективных медикаментов, уменьшит число неоправданных направлений на МРТ головного мозга, особенно в ситуации деменции при болезни Альцгеймера. Сведения о возможности применения скрининговых шкал для диагностики и дифференциальной диагностики деменций малочисленны и недостаточно унифицированы. Противоречивость полученных результатов о степени когнитивного снижения, морфологического подтверждения патологической атрофии головного мозга, ее роли в инвалидизации при деменциях связаны как с субъективной трактовкой клинического состояния больного, так и с различными методами оценки данного состояния, которые до настоящего времени ограничивались использованием неполного блока психологических тестов, что зависело от опыта клинициста. Предлагаемый алгоритм клинической и функциональной диагностики деменций, отличающийся от известных аналогов унифицированной системой оценки степени нарушения социальной, профессиональной, бытовой адаптации и степени нарушения психического здоровья, позволит объективно, в т. ч. с помощью МРТ, констатировать факт наличия морфологических и психических (когнитивных, эмоциональных и поведенческих) нарушений при деменции. Применение данного метода окажется полезным специалистам таких областей медицины, как психиатрия, неврология и лучевая диагностика.

Методика рекомендуется для использования в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь: в диспансерных и стационарных психиатрических отделениях, в психиатрических кабинетах поликлиник, где метод может иметь активную сферу применения.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Стандартное оборудование психиатрических поликлиники, диспансера, психиатрического отделения.
2. Набор психодиагностических методик и шкал.
3. Томограф Gyroscan Intera 1T Power (мощность поля — 1 Т), его аналоги, компьютерная программа Makhaon software v.2.4.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Обследование пациентов на предмет выявления и уточнения диагноза деменции начинают с момента обращения за помощью в психиатрический кабинет поликлиники или в диспансерное психиатрические отделение,

продолжают в процессе наблюдения за течением заболевания в психиатрическом диспансере, при поступлении в стационарное психиатрическое отделение для дифференциальной диагностики и лечения, при установлении клинико-функционального класса в экспертных ситуациях.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Для применения собственно алгоритма отсутствуют, однако схемы диагностики ограничены использованием МРТ.

Противопоказания к МРТ:

Абсолютные: кардиостимуляторы; ферромагнитные или электронные имплантаты среднего уха; кровоостанавливающие клипсы сосудов головного мозга.

Относительные: прочие стимуляторы (инсулиновые насосы, нервные стимуляторы); неферромагнитные имплантаты внутреннего уха, протезы клапанов сердца (в высоких полях, при подозрении на дисфункцию); кровоостанавливающие клипсы прочей локализации, декомпенсированная сердечная недостаточность, беременность, клаустрофобия, необходимость в физиологическом мониторинге.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Врачу-психиатру поликлиники, диспансера или стационарного психиатрического отделения предлагается набор диагностических действий для дифференцированного подхода и установления клинико-функционального диагноза при деменциях позднего возраста, диагностики на разных этапах развития синдрома деменции, в т. ч. и направления на консультацию психиатрической МРЭК:

- 1) при взятии на учет;
- 2) в процессе наблюдения;
- 3) при поступлении в стационарное психиатрическое отделение для уточнения диагноза и лечения;
- 4) при решении экспертных вопросов.

I. Действия врача-психиатра поликлиники или диспансера при консультировании и при взятии на учет лица пожилого возраста, страдающего деменцией, и в процессе наблюдения за пациентом в зависимости от состояния когнитивных функций и социальной адаптации

При осмотре пожилого пациента, страдающего нарушением памяти (в сроке более 6 мес.), врач-психиатр должен уточнить, не страдали ли родители или другие родственники пациента психическими расстройствами (особенно в старости), не страдал ли сам пациент какими-либо неврологическими и психическими заболеваниями до настоящего обращения и провести следующие исследования:

- а) скрининг-диагностика собственно деменции и иных когнитивных расстройств, определение этапа развития деменции. Используется тест

Фольштейна (Краткая шкала оценки психического статуса — MMSE). Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут иметь следующее значение:

- 28–30 баллов — нет нарушений когнитивных функций;
- 24–27 баллов — предметные когнитивные нарушения;
- 20–23 балла — деменция легкой степени выраженности;
- 11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности;
- 0–10 баллов — тяжелая деменция.

Учитывая критерии МКБ-10, жалобы пациента и информацию от лица, осуществляющего уход за ним, установить клинический диагноз деменции из рубрики «F0». С целью уточнения этапа деменции рекомендована оценка жалоб пациента в соответствии со Шкалой Общего Ухудшения (Global Deterioration Rating). Вторая и третья позиции данной Шкалы соответствуют легкому когнитивному расстройству, а 4–7-я — деменции (согласно МКБ-10);

б) дифференциальная диагностика деменции:

1. Психические расстройства с деменциями других рубрик (F 02–F 03).
2. Органический амнестический синдром (F 04).
3. Галлюцинаторно-параноидные состояния органического генеза.
4. Наличие тяжелой интеркуррентной соматической патологии, находящейся в стадии обострения или декомпенсации на момент обследования, которая могла послужить причиной нарушений когнитивных функций.

5. Депрессия.

6. Варианты псевдодеменции, включая синдром Ганзера.

в) магнитно-резонансная или компьютерная томография головного мозга для исключения других причин нарушений памяти или сопутствующих психических расстройств.

В результате исследования психического состояния пожилого пациента, страдающего нарушениями памяти, на амбулаторном этапе оказания психиатрической помощи может возникнуть ряд клинических ситуаций, которые потребуют уточнения диагноза, лечения, проведения экспертизы временной или стойкой утраты трудоспособности и оценки возможности самообслуживания пациента.

Первая ситуация — в анамнезе пациента психических заболеваний не отмечено, а проведенными обследованиями (а, б) патологических изменений не выявлено. В наблюдении психиатра данный пациент не нуждается.

При наличии в анамнезе деменций, особенно болезни Альцгеймера, и при выявлении врачом-психиатром патологических изменений хотя бы в одном из исследований (а, б) или по заключению МРТ/КТ головного мозга в момент консультации или взятия пациента на учет, он наблюдается амбулаторно с диагнозом деменции по группе диспансерного наблюдения.

Вторая ситуация — по данным исследований а, б присутствует деменция, определить характер которой не представляется возможным, используя критерии МКБ-10, данные клинического осмотра и интервью, а при наблюдении пациента в динамике сохраняется проблема дифференциальной диагностики деменции.

При деменции I и II стадии пациенту рекомендуется уточнение диагноза в амбулаторных условиях или в дневном стационаре. При нарастании когнитивных нарушений или при появлении других патологических изменений в психическом статусе пациент направляется в психиатрическое отделение для уточнения диагноза и лечения, МРТ/КТ головного мозга обязательна.

При деменции III стадии психиатр поликлиники направляет пациента в психиатрическое отделение только для установления клинко-функционального диагноза для трудовой экспертизы или для лечения.

Третья ситуация — пациент нуждается в наблюдении и уходе, обнаруживаются критерии выраженного ограничения жизнедеятельности: способность к общению, передвижению, обучению, ориентации, самообслуживанию, контролю своего поведения, трудоспособность («Инструкция о порядке и критериях определения группы и причин инвалидности» (2007). При деменции II ст. после осмотра ВКК пациент направляется на консультацию психиатрической МРЭК только через 6 мес. присутствия симптомов деменции и при неуклонном прогрессировании социальной и трудовой дезадаптации, при МР-признаках дегенеративно-дистрофических или атрофических изменений головного мозга, характерных для данной нозологии (сосудистой деменции, болезни Альцгеймера).

Четвертая ситуация — пациент предъявляет жалобы на расстройства со стороны памяти, характерные для сосудистой деменции, динамика заболевания соответствует критериям МКБ-10 рубрики «Сосудистая деменция». Данные обследования (а, б) подтверждают деменцию, по данным МРТ/КТ головного мозга патологии не выявлено. В данном случае пациент наблюдается амбулаторно у психиатра по группе ЛПП, направляется на МРЭК в зависимости от когнитивного дефицита.

Пятая ситуация — клинически врач-психиатр диагностирует сосудистую деменцию, а по результатам МРТ/КТ объективны характерные для болезни Альцгеймера атрофические изменения (височные доли, гиппокампы, мозолистое тело), устанавливается диагноз «Смешанная деменция при болезни Альцгеймера».

Шестая ситуация — у пациента клиническая картина болезни Альцгеймера, по МРТ/КТ – типичные сосудистые изменения без четкой атрофии, устанавливается диагноз «Смешанная деменция при болезни Альцгеймера».

На схеме 1 приведен алгоритм действий врача-психиатра поликлиники или диспансера в зависимости от обследования пациента на момент консультирования, взятия его на учет и в процессе наблюдения.

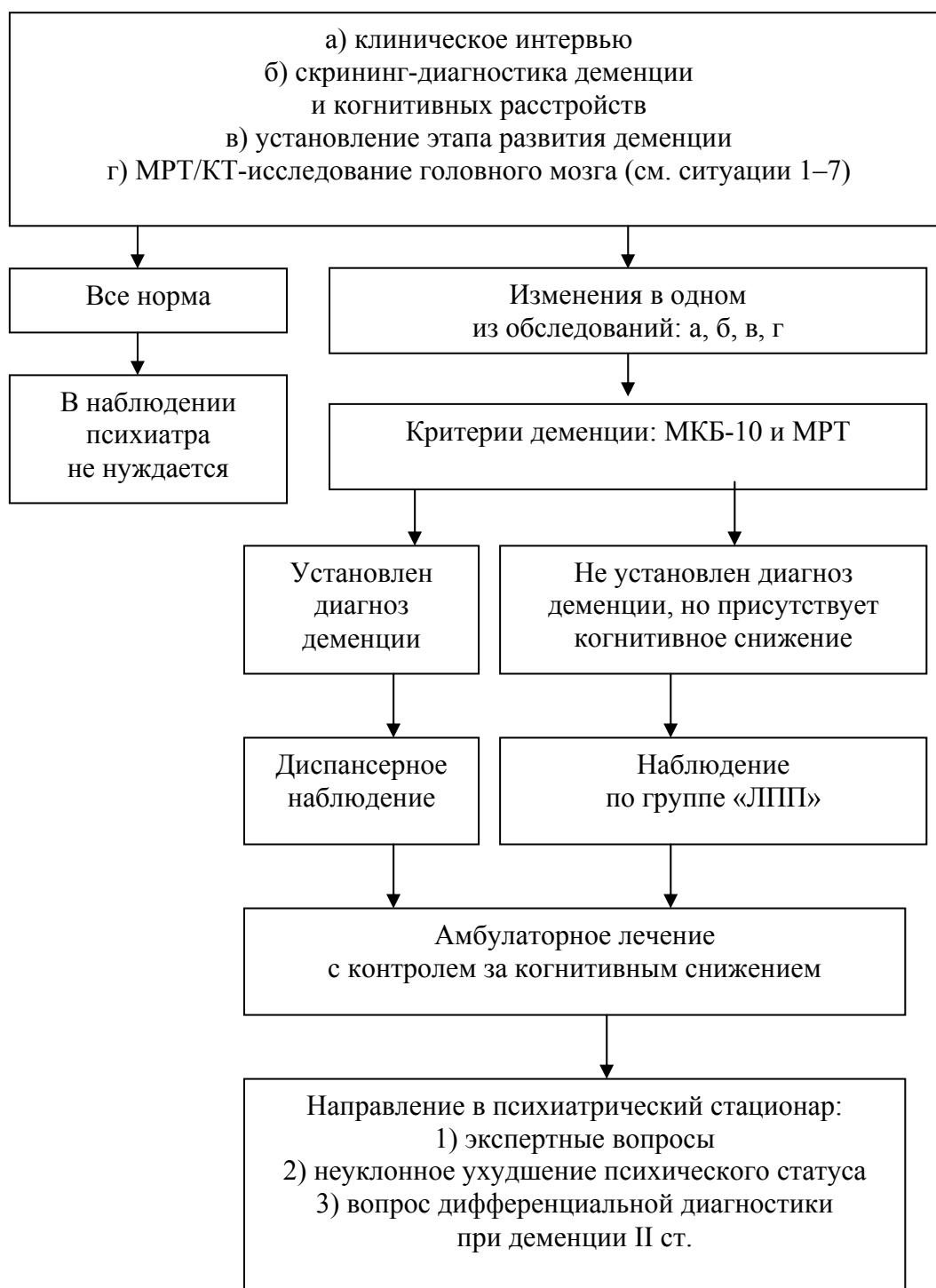


Схема 1. Алгоритм действий врача-психиатра поликлиники или диспансера при обследовании пожилого пациента с деменцией на этапе консультирования и взятия на учет

Седьмая ситуация — при наличии признаков деменции у работающего пациента необходимо направление его в стационар, (проведение обследования — схема № 2), консультация МРЭК в стационаре и при наличии признаков инвалидности — продление больничного листа до момента установления группы инвалидности.



Схема 2. Алгоритм действий врача-психиатра при поступлении в психиатрический стационар пожилого пациента, страдающего нарушениями памяти, для дифференциальной диагностики в зависимости от состояния когнитивных функций и социальной дезадаптации

II. Действия врача-психиатра стационара при поступлении пациента, страдающего деменцией, для диагностики и дифференциальной диагностики в зависимости от результатов обследования

При поступлении в стационар пожилого пациента, который страдает деменцией, рекомендуется проводить обследование больного в объеме, предложенном на схеме 2.

Для дифференциальной диагностики сосудистой деменции, лобной деменции, депрессии и болезни Альцгеймера предложены следующие клинические шкалы:

- краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination — MMSE);
- ишемическая шкала Хачинского;

- батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery — FAB);
- тест «Рисование часов» (Clock Drawing Test);
- гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale);
- шкала клинической оценки деменции (Clinical Dementia Rating);
- международная шкала повседневной активности пациента с болезнью Альцгеймера.

В диагностике деменции с преимущественным поражением лобных долей имеет значение сопоставление результата FAB и MMSE: о лобной деменции говорит крайне низкий результат FAB (менее 11 баллов) при относительно высоком результате MMSE (24 и более баллов). При деменции альцгеймеровского типа легкой выраженности, напротив, снижается, прежде всего, показатель MMSE (20–24 балла), а показатель FAB остается максимальным или снижается незначительно (более 11 баллов). При умеренной и тяжелой деменции альцгеймеровского типа снижается как MMSE, так и FAB.

Весьма распространенной причиной когнитивных нарушений в пожилом возрасте является депрессия, которая может быть как ситуативной, так и связанной с органическим поражением головного мозга. Нередко депрессия встречается и при деменциях. Эмоциональные расстройства при болезни Альцгеймера определяются с помощью следующих методик: BDI — шкала депрессии Бека; HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии; HDRS — шкала Гамильтона для оценки депрессии; GDS — гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale). С нашей точки зрения наиболее удобной в практическом плане является Гериатрическая шкала депрессии — негромоздкая, простая в выполнении и достаточно информативная, что подтверждено нашими исследованиями.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

В процессе применения предлагаемой методики выявления и дифференциальной диагностики деменции у пожилого пациента с нарушениями памяти возможны ошибки:

1) ишемическая шкала Хачинского имеет следующий недостаток: не улавливаются безынсультные формы деменции, что, прежде всего, относится к энцефалопатии Бинсвангера, а также смешанные сосудистые атрофические деменции;

2) выполнение теста «Рисование часов» нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур. Для дифференциального диагноза данных состояний, при неправильном самостоятельном рисунке больного просят дорисовать стрелки на уже нарисованном (врачом) циферблате с числами. При деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур легкой и умеренной выраженности страдает лишь самостоятельное

рисование, в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохраняется. При деменции альцгеймеровского типа нарушается как самостоятельное рисование, так и способность расположения стрелок на уже готовом циферблате.