

# РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПАМЯТИ

**И.В. Авдеева, Е.Н. Якушева**

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

**E-mail:** avdeeva@bsu.edu.ru

**Рассматриваются проблемы деменции, основные причины ее развития и способы немедикаментозной реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста.**

*Ключевые слова:* память, когнитивные нарушения, пожилой и старческий возраст, болезнь Альцгеймера, деменция, реабилитация.



Контакт с окружающим нас внешним миром и взаимодействие с ним осуществляется при реализации когнитивных функций [1]. Возможности памяти, внимания, концентрации, речи, движений формируют личность, профессиональный и социальный статус, определяют успешность обучения [2].

Снижение когнитивных функций – актуальная проблема не только системы здравоохранения, но и социальной службы. Значительные расстройства памяти (такие, как деменция) существенно снижают качество жизни как самого пациента, так и его семьи, нарушают профессиональную и общественную деятельность человека, а в ряде случаев приводят к стойкой утрате трудоспособности, инвалидности и полной зависимости от посторонней помощи [3, 4]. Это – тяжелое социально-экономическое и эмоциональное бремя современного общества.

Выраженные когнитивные нарушения вызывают трудности в диагностике и лечении сопутствующих заболеваний. Смертность среди пациентов пожилого и старческого возраста с расстройствами когнитивных функций значительно превышает

среднестатистическую смертность лиц аналогичного возраста без таких нарушений [5].

Среди когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста лидируют жалобы на снижение памяти, забывчивость. Трудности эмоционального, временного, финансового характера, которые испытывают в это время родные и близкие пациента или ухаживающие за ним лица, делают весьма актуальным подбор индивидуальной программы реабилитации [6].

Распространенность тяжелых когнитивных нарушений весьма высока. По общим оценкам в мире насчитывается более 24 млн пациентов с деменцией [2, 5, 7]. Однако спектр когнитивных нарушений в пожилом возрасте достаточно широк и включает в себя не только дементные расстройства памяти, но и легкие и умеренные когнитивные нарушения, которые достаточно часто не диагностируются врачами разных специальностей.

Причины снижения памяти разнообразны. Наиболее частая из них – болезнь Альцгеймера, на долю которой приходится до 35–70% общего количества пациентов с деменцией [1, 6, 8]. Однако распространенность болезни Альцгеймера варьирует в широких пределах в зависимости от уровня жизни и возрастных показателей в отдельных странах. Так, в США встречаемость болезни Альцгеймера у лиц пожилого и старческого возраста – всего 8%, но уже к 2050 г. прогнозируется ее увеличение почти в 5 раз [9]. В странах Европейского Союза, таких как Италия и Испания частота болезни Альцгеймера – 4,4–6,9%, в Германии – >50% [10–12].

На 2-м месте среди причин снижения памяти – сосудистая деменция, связанная с цереброваскулярными заболеваниями [1, 2, 6]. В среднем на долю деменции сосудистого характера приходится до 15% всех ее случаев [4, 13, 14]. Когнитивный дефицит возникает в результате церебрального атеросклероза, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и внутрисердечной проводимости, сахарного диабета и др. [1, 6, 12–16].

Еще одним подтверждением актуальности когнитивного дефицита у пожилых пациентов являются данные российского исследования «Прометей», которое проводилось в период с 2004 по 2005 г. под руководством академика РАМН Н.Н. Яхно. Так, у лиц пожилого и старческого возраста на амбулаторном приеме врача-невролога снижение памяти неустановленной этиологии разной степени выраженности выявлено в 70% случаев, причем у 25% пациентов с когнитивными нарушениями была деменция [17].

Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с когнитивными нарушениями (прежде всего – с умеренными и деменцией) должно базироваться на мультидисциплинарном альянсе, более раннем начале реабилитационных мероприятий, долгосрочном ин-

дивидуальном подходе, комплексности, поддержке и заинтересованности родственников [2, 15, 16, 18].

В основе комплексного подхода к ведению таких пациентов – выявление обратимых и потенциально обратимых состояний, которые могут лежать в основе развития когнитивных нарушений: дефицит витаминов группы В; эндокринные заболевания; интоксикации; дисметаболические расстройства; хроническая ишемия головного мозга; артериальная гипертензия и др. Выявленные расстройства и(или) заболевания корректируются назначением специфической патогенетической терапии. Многочисленные исследования эффективности гипотензивных средств, статинов, препаратов, применяемых при нарушениях сердечного ритма, антиагрегантов и антикоагулянтов, показали, что устранение или даже уменьшение выраженности одного сосудистого фактора риска дает благоприятный эффект в плане профилактики развития деменции. Аналогичные данные получены при отказе от курения, правильном контроле уровня глюкозы в крови и приеме гипогликемических препаратов и инсулина, поддержании должного индекса массы тела [1,6].

Получены данные о связи питания и снижения памяти у пациентов пожилого и старческого возраста. Избыточное потребление пищевых продуктов, содержащих жиры, насыщенные жирные кислоты и холестерин, приводит к выраженным когнитивным нарушениям. Низкий же уровень фолатов, витаминов группы В (в частности, пиридоксина и цианокобаламина) ассоциируется с повышением в крови гомоцистеина, что является фактором риска развития инсульта с последующим когнитивным дефицитом сосудистого генеза [16].

Обсуждая особенности ведения пациентов пожилого и старческого возраста с когнитивными нарушениями и деменцией, не следует забывать о возможностях нелекарственных методов коррекции и реабилитации. Это – активная интеллектуальная нагрузка в виде когнитивных тренингов, физическая активность, а также психотерапевтические методы – когнитивное стимулирование и когнитивно-поведенческая терапия, рассматриваемые уже в рамках психотерапевтической помощи.

Известно несколько подходов или стратегий к сохранению и тренировке памяти – так называемая когнитивная стимуляция. Первый подход – непрерывная тренировка памяти по принципу «используй это или потеряй это». Этот подход побуждает пациентов пожилого и старческого возраста, которые на протяжении жизни характеризовались высоким интеллектуальным развитием, заниматься разгадыванием кроссвордов, заучиванием стихов и песен, изучением иностранных языков. Однако польза данного подхода весьма сомнительна у пациентов с уже сформировавшейся деменцией [18, 19].

Второй подход – возможность применения ассоциативного запоминания информации. Ассоциации могут носить любой характер, но самые распространенные – вызванные картинкой-названием, рифмующим ориентиром, месторасположением, сопоставлением с пережитыми событиями и др. Применение такой стратегии для укрепления и тренировки памяти возможно только при легких и умеренных когнитивных нарушениях, польза использования ее у пациентов с деменцией имеет мало доказательств [19].

Основу третьего подхода составляет компенсационная система, или реминисцентная терапия [18, 19]. Некоторые авторы называют ее своеобразным «протезом памяти» [19]. Используют специальный блокнот или книгу с короткими инструкциями, как или когда сделать что-либо. Это стимулирует когнитивные функции: улучшает память, коммуникационные возможности. При более грубых когнитивных нарушениях у пациентов, у которых невозможно оценить улучшение, при использовании такого блокнота появляются улыбка, одобрительные жесты, что отражает положительные эмоции.

М. Bourgeois, разработавший систему помощников памяти, предложил использовать пособия 2 видов: 1-й – книга памяти форматом с альбомный лист 21×28 см и 36-м размером шрифта, 2-й – блокнот размером 8×13 см с использованием 14-го размера шрифта [19]. Объем такого пособия может колебаться от 12 до 30 стр. в зависимости от того, что именно нужно сохранить в памяти. Для пациентов со снижением зрения могут быть сделаны картинки большего размера и текст с более крупным шрифтом. Помощники памяти делают пациентов более независимыми, уверенными в собственных силах, коммуникабельными. Они всегда должны располагаться рядом – на видном и привычном месте – или быть прикрепленными к поясу, к цепочке для ключей, находиться в кармане рубашки и т.п. Вся информация в альбомах или блокнотах должна быть написана простыми, короткими предложениями и содержать сведения о человеке, его семье, домашних животных, хобби, личной гигиене, месте жительства и т.п.

На более поздних стадиях болезни Альцгеймера деменция приводит к потере ориентации во времени и месте, утрате самоидентификации. Для адаптации пациентов к окружающему миру могут использоваться помощники памяти в виде карточек, бейджей, списков, настольной доски объявлений. Например, на бейдже, который будет носить пациент, можно дать информацию о нем: «Я страдаю болезнью Альцгеймера» и привести имя, телефон родственников.

Пациент пожилого возраста из-за забывчивости может попасть в опасную ситуацию. Самая частая причина несчастных случаев с такими людьми – невыключенные плита на кухне, утюг. Для таких

больных полезны помощники памяти в виде листков-напоминаний на кухне, в ванной комнате, над входной дверью (о необходимости выключить свет и закрыть входную дверь на ключ) [19].

Немалое место в реабилитационных мероприятиях для стимулирования памяти занимает создание оптимальной среды пребывания пациента, другими словами – моделирование привычного образа жизни [18]. Моделирование привычного образа жизни осуществляется путем опроса родственников, друзей пожилого человека с определением наиболее привычных для него предметов быта, элементов музыкального, телевизионного или радиовещания. Создается привычная для человека обстановка, в которой протекала вся его сознательная жизнь.

Ориентация на реальность – еще один метод сохранения памяти и мышления у пожилых людей с нарушением психического и когнитивного функционирования. В его основе – использование устных и письменных напоминаний о прежних и текущих событиях, что позволяет людям поддерживать связь с повседневной жизнью.

Основные приемы ориентации в сторону реальности осуществляются в группах. Работники госпиталей, интернатов напоминают пожилым людям о том, кто они есть, кто разговаривает с ними; им предоставляется информация о времени и месте их пребывания, комментируется то, что происходит рядом. Если пожилой человек находится дома, ориентация в сторону реальности проводится с самого раннего утра в течение всего дня; при этом вся семья, при ее наличии, принимает участие в этой процедуре, ориентируя человека на восстановление в памяти важной информации [18].

Рациональная физическая нагрузка также играет немалую роль. Физическая активность представляет собой систему действий по восстановлению или компенсации физических возможностей и интеллектуальных способностей, улучшению функционального состояния организма, физических качеств, повышению психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма средствами и методами физической культуры [18].

Согласно рекомендациям ВОЗ, физическая активность – не только занятия какими-либо видами спорта, но и любой вид активности: домашние дела; двигательная активность (например, ходьба пешком или езда на велосипеде); активность в период профессиональной деятельности (если человек еще работает); деятельность в рамках повседневной жизни, семьи и сообщества [18].

При когнитивных нарушениях рекомендуются лечебная физкультура и плавание в бассейне, прогулки на свежем воздухе, езда на велосипеде, скандинавская ходьба, прогулки, танцы под любимую музыку дома.

Повседневная физическая активность, например подъем по лестнице, садовые работы и т.д., также может благоприятно действовать на состояние здоровья при условии, что интенсивность активности соответствует возможностям человека.

Лечебная физкультура при когнитивных нарушениях предусматривает упражнения на координацию движений, равновесие, растяжение мышц, упражнения для пальцев рук и кистей, гимнастику для глаз, дыхательные упражнения, упражнения на расслабление (такие занятия укрепляют волевую деятельность). Используются все виды исходных положений, применяются упражнения для всех групп мышц. Занятия физическими упражнениями по нормативам обеспечивают профилактику развития всех гериатрических синдромов, в том числе синдромов саркопении, падений и др.

Физическая активность людей пожилого и старческого возраста регламентируется определенными правилами. Так, людям 65 лет и старше рекомендуются:

- физическая активность средней интенсивности не менее 150 мин в неделю, или выполнение упражнений по аэробике высокой интенсивности не менее 75 мин в неделю, или эквивалентный объем физической активности средней и высокой интенсивности;
- упражнения по аэробике сериями продолжительностью не менее 10 мин.

Для получения дополнительных преимуществ в сохранении здоровья пожилым людям рекомендуют увеличить длительность занятий аэробикой средней интенсивности до 300 мин в неделю, или занятия аэробикой высокой интенсивности до 150 мин в неделю, или эквивалентный объем физической активности средней и высокой интенсивности. При заболеваниях опорно-двигательного аппарата выполняются упражнения на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю. Силовые упражнения следует выполнять 2 и более дней в неделю, задействуя основные группы мышц. При невозможности выполнения указанных упражнений следует выполнять упражнения, соответствующие возможностям и состоянию здоровья.

Пожилые пациенты с тяжелой соматической патологией, которая ограничивает применение активных силовых тренировок, должны получать физическую нагрузку на мышцы, используя альтернативные методы физической реабилитации: общая вибрация (воздействие связано со стимуляцией проприорецепторов вследствие частого изменения мышечного тонуса); электрическая стимуляция скелетных мышц (в рамках применения физиотерапевтических средств реабилитации).

Пациентам с нарушениями памяти чрезвычайно важна поддержка родственников, врачей разных спе-

циальностей, социальных работников. Родственники и лица, ухаживающие за пациентами пожилого и старческого возраста, должны полностью представлять себе особенности течения заболевания, возможности лекарственной терапии и методов нелекарственной реабилитации. Без психологической поддержки лечение и ведение пациентов с деменцией и додементными когнитивными нарушениями невозможно. При соблюдении основных принципов лечения, влиянии на патогенез болезни и потенциально обратимые состояния и поддержке родных и близких помощь в реабилитации более чем реальна.

### Литература

1. Гусев Е.И. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. Е.И. Гусев, А.Н. Боголепова. М.: МЕДпресс-информ, 2013; 7–136.
2. Соколова Л.П. Додементные когнитивные расстройства. Особенности нейрометаболизма и его коррекция. Под ред. В.И. Шмырева. М.: «АСТ 345», 2016; 6–27.
3. Яценко Е.А., Губарев Ю.Д., Авдеева И.В., Лысых Е.А., Лапшин Д.Е. Нарушение когнитивных функций у больных с идиопатической симметричной кальцификацией базальных ганглиев. Научный результат. Серия «Медицина и фармация». 2015; 1, 4 (6): 25–30.
4. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных нарушений в пожилом возрасте – диагностика и лечение. Русский медицинский журнал. 2004; 10: 573–6.
5. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. М.: МЕДпресс-информ, 2005; 3–40.
6. Преображенская И.С. Деменция – эпидемиология, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013; 4: 71–7.
7. Ferri C. P., Prince M., Brayne C. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005; 366 (9503): 2112–7.
8. Galasko D. New approaches to diagnose and treat Alzheimers disease: a glimpse of the future. Clin. Geriatr Med. 2001; 17 (2): 393–410.
9. Jacobsen J. S., Reinhart P., Pangalos M.N. Current concepts in therapeutic strategies targeting cognitive decline and disease modification in Alzheimers disease. The J. of the American Society for Experimental Neuro Therapeutics. 2005; 2: 612–26.
10. Lobo A., Launer L.J., Fratiglioni L. et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology. 2000; 54 (5): 4–9.
11. Fernandez M., Castro-Froles J., Perez-de las Heras S. et al. Prevalence of dementia in the elderly aged above 65 in a district in the Basque Country. Rev Neurolog. 2008; 46 (2): 89–96.
12. Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функций. Под ред. Г.Я. Юнгехюльзинга, М. Эндреса; пер. с нем. М.: МЕДпресс-информ, 2017; 120–8.

13. Парфенов В.А. Артериальная гипертония и инсульт. Неврологический журнал. 2001; 6: 4–7.

14. Парфенов В.А., Вахнина Н.В. Артериальная гипертония и гипотензивная терапия при ишемическом инсульте. Неврологический журнал. 2001; 4: 19–22.

15. Преображенская И.С. Диагностика и лечение постинсультных когнитивных расстройств. Репринтное издание. Медицинский совет. Неврология/ревматология. 2010; 10: 3–7.

16. Силина Е.В., Румянцева С.А., Орлова А.С. Нарушения памяти и астения. М.: Тактик-Студио, 2015; 11–96.

17. Захаров В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей»). Неврологический журнал. 2006; 11: 27–32.

18. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Оленская Т.Л., Шарали А., Носкова И.С. Реабилитационные и профилак-

тические мероприятия при деменции и риске ее развития в практике социального работника. Витебск, 2016; 1–52.

19. Катунина Е.А., Титова Н.В. Практическое пособие для улучшения речевых навыков, ориентации и безопасности у больных со снижением памяти. М., 2012; 3–19.

## REHABILITATION OF MEMORY DISORDERS

I.V. Avdeeva, E.N. Yakusheva

Belgorod State National Research University,  
Belgorod

**The paper deals with the problems of dementia, the main causes of its development, and non-drug rehabilitation procedures for elderly and senile patients.**

*Key words: memory, cognitive impairment, elderly and senile ages, Alzheimer's disease, dementia, rehabilitation.*