

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕМЕНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Дипломная работа студента

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051501
Богдановой Елизаветы Анатольевны

Научный руководитель:
преподаватель Жучкова И.А.

Рецензент:
Главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ»
Бондарева Н.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	5
1.1. Геронтологические проблемы пациента.....	5
1.2. Признаки развития деменции	7
1.3. Роль медицинской сестры при уходе за пациентами с признаками проявления деменции	16
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	21
2.1. Изучение развития деменции у пациентов геронтологического возраста...	21
2.2. Результаты исследования	22
2.3. Рекомендации	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

Одной из основных компетенций в работе медицинской сестры является профилактика различных заболеваний, в том числе деменции в геронтологическом возрасте. В современном мире медицинская сестра должна уметь не только общаться с пациентами любого возраста, но и уметь осуществлять должный уход и проводить профилактические мероприятия, поэтому, готовность медицинской сестры к работе, заключается не только в том, насколько она хорошо знает свои права и обязанности, но и в умении к каждому пациенту найти индивидуальный подход, особенно к больным геронтологического возраста.

В настоящее время актуальность этой проблемы с каждым годом возрастает, согласно статистике в данное время в мире страдают деменцией примерно пятьдесят миллионов человек. Каждый год регистрируют примерно десять миллионов новых случаев проявления болезни. Часть населения, страдающего деменцией, в возрасте от шестидесяти лет и старше составляет от пяти до восьми человек на каждые сто человек. Предполагают, что число человек с деменцией будет составлять примерно 75 миллионов в 2030 году, а к 2050 году вырастет до 130 миллионов [8, с.12].

К сожалению, многие люди считают некоторые признаки деменции нормальным проявлением в пожилом и старческом возрасте, так на данный момент в России деменцией страдают примерно два миллиона человек, но не исключено, что на самом деле эта цифра больше, так как не все обращаются к врачу с данной проблемой.

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в профилактике деменции у пациентов геронтологического возраста.

Задачи:

1. Изучить теоретические материалы, связанные с изменениями в геронтологическом возрасте.

2. Изучить развитие деменции, а так же когнитивные нарушения памяти в геронтологическом возрасте.
3. Провести исследование пациентов пожилого возраста, страдающих ухудшением памяти и другими симптомами, которые могут привести к возникновению деменции.
4. Провести анализ данных и составить на их основе предложения.

Предмет исследования: изучить когнитивные изменения, происходящие у пациентов пожилого и старческого возраста, связанные с развитием деменции.

Объект исследования: пациенты геронтологического возраста неврологического и терапевтического отделения ОГБУЗ «Городской клинической больницы № 1»

Методы исследования: теоретический анализ литературы по данной теме, диагностика, тестирование, статистические методы исследования.

Практическая значимость исследования: данные исследования необходимо использовать в профессиональном общении медицинской сестры с пациентами геронтологического возраста и при уходе за ними.

Гипотеза: мы предполагаем, что в геронтологическом возрасте, снижение памяти, внимания и ухудшении речи, то есть проявление угасания когнитивной функции может быть связано с развитием деменции.

База исследования: ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1».

Структура дипломной работы: данная работа включает в себя введение, 2 главы, заключение, список литературы, предложение, приложение.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

1.1. Геронтологические проблемы пациента

Геронтология является наукой о старении организмов, она изучает предпосылки и явления, которые вызывают старение, теоретические нюансы старения живых организмов, также способы борьбы с ним. В соответствии с возрастной систематизацией, к старым людям относится возраст от шестидесяти до семидесяти четырех лет, к старческому возрасту относят возраст от семидесяти пяти до восьмидесяти девяти лет, и к долгожителям относятся люди, которым девяносто лет и старше. Другими словами к геронтологическому возрасту относятся люди от шестидесяти лет и старше [2, с.5].

Процессы старения - это перемены в организме, которые происходят во всех клеточках и системах организма в протяжении жизни. При всем этом темп старения быть может естественным, замедленным, ускоренным и ранним. Раннее старение, редчайшее явление, встречаемое один раз на несколько миллионов новорожденных и является генетическим нарушением [4, с.17].

Прогерия является редчайшей болезнью, которая существенно ускоряет процессы старения. В данном случае дети стареют за год на 10 лет, другими словами ребенок в шесть лет смотрится на 70, у них покрытая морщинами кожа, на голове нет уже волос, развиваются болезни сердечно - сосудистой системы, некоторые за собственный небольшой возраст переносят несколько инсультов либо инфарктов, из-за стремительно развивающегося атеросклероза. Так же усугубляется память, усугубляется зрение, выпадают зубы, развивается деменция. Предполагается, что истинной причиной этой болезни, на это время является мутация генов, когда изменяется один нуклеотид. Заболевание не является наследственным. Дети, которые страдают, этой болезнью обычно

погибают от заболеваний, которые характерны старым людям, и не доживают даже до двадцати лет [4, с.17].

В наше время есть две главные теории развития старения человека. В соответствии с первой теории, старение - это разрушение клеток и организма в целом из-за повреждающих причин, возникающих на протяжении жизненного пути, а согласно второй теории, старение является биологическим действием, который заложен в генетическом коде каждого индивидуума, и потому, в такой теории предполагается, что действие среды малозначительно оказывает влияние на скорость старения и зависит от генетического кода.

Животрепещущим во все времена были поиск эликсира молодости, потому постоянно находили предпосылки наступления старости, это является главным направлением в геронтологии, именно так она стала самостоятельной наукой. В текущее время, можно насчитать более двухсотен теорий, которые по-разному разъясняют перемены в организме, в общем, также перемены в его органах, тканях, системах, а так же старение на клеточном и молекулярном уровнях [5, с.161].

Актуальным до настоящего дня является вопрос: старение является паталогическим либо физиологическим действием? С одной стороны, старение неизбежно и является стадией в жизни любого живого существа, но с иной стороны, паталогические явления, при старении так же неминуемы. Греческие и римские натуралисты считали старение нарушением равновесия жидкостей в конечном итоге утраты "природного тепла". Потому что, согласно их убеждениям, болезненное состояние, либо неверное смешение соков нужно считать основой патогенеза большей части болезней, они рассматривали старость как хроническое, неизлечимое и прогрессирующее состояние. Это старинное представление нашло выражение в словах Лукреция "старость — есть заболевание". Сенека занес в эту идею еще больше пессимистическую ноту, сообщив, что "старость — это неизлечимое заболевание". Нужно, также, сообщить, что эту точку зрения не разделили врачи древности. В сочинении "О сохранении здоровья" Гален с азартом подчеркивает, что старость — это не

заболевание, но особенное состояние. Он предполагает, что здоровье в древнем возрасте — это нездоровье в юности, и помещает старость на полпути между здоровьем и заболеванием [1, с.88].

Разногласия во взглядах на дилемму старения тянулись на протяжении веков. Средневековые философы, к примеру, Р. Бэкон, думали, что старость представляет из себя заболевание, которое нужно излечивать. Научные работники-врачи эры Барокко и эры рационализма склонны были считать старость не столько заболеванием, сколько потерей жизненности, приводящей к завышенной чувствительности и определенным болезням. Гюттер в 1732 г. предал гласности сочинение, чтобы обосновать, "что старость в принципе есть заболевание и действует на тело подобно заболеваниям". Когда в 19 в. началось развитие экспериментальной физиологии и патанатомии, ведущей мыслью стало представление про то, что старение нужно считать физиологическим действием. Однако потому что в стареющем организме создаются подходящие условия для развития разных заболеваний дегенеративного характера, "физиологическую старость обычно сопровождают разные патологические изменения". Некоторые передовые научные работники склонны считать старение патологическим действием. Например, И. И. Мечников называет старение "заболеванием старости" [2, с.4].

1.2. Признаки развития деменции

Ясно, что изменение практически всех функций в организме стареющего человека случается из-за развития патологических заболеваний, которые свойственны геронтологическому возрасту. Но может ли человек умереть здоровым, или заболевания неизбежны, во время процесса старения? Научные сотрудники спорят и пока не могут прийти к одному мнению, сейчас в литературе обсуждается, что нужно поделить физиологическое старение, без каких-либо болезней, которые соответствуют старческому возрасту и патологическое старение, которое связано с такими заболеваниями, как

заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, и такими, как болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера или деменция, а так же раковые образования [7, с.11].

Деменция в переводе с латинского языка «dementia», обозначает безумие, оно является прогрессирующим заболеванием, которое развивается из-за угасания когнитивных функций, иными словами всех познавательных действий, памяти, мышления, внимания. Эти процессы нарушаются еще больше выражено, чем должно быть при обычном старении, это выражено в том, что случается отягощение мышления, речи, памяти, человек начинает забывать простые вещи, он может забыть свой адрес проживания или даже свое имя, очень часты пространственные нарушения. Из-за деградации когнитивной функции во многих вариантах утяжеляется контроль над эмоциями, что может привести к асоциальному поведению. Старческое слабоумие занимает одно из первых мест в пятерке заболеваний, которые вызывает смертельный исход по всему земному шару. Но самое ужасное в этом состоянии, что человек становится всецело беспомощен, как маленький ребенок, болезнь отбирает у человека нормальную адаптивную жизнь в обществе, а близким и окружающим людям нужно оказывать помощь и оказывать уход за больным [7, с.9].

При деменции происходят изменения в мышлении, памяти, поведении, человек утрачивает способность делать ежедневные простые действия, из-за этого заболевание становится предпосылкой инвалидности или сам человек нуждается в посторонней поддержке. Частой предпосылкой заболевания в мире считается болезнь Альцгеймера, она составляет примерно 2/3 от всех случаев. Деменция все чаще проявляется в геронтологическом возрасте, но нельзя считать её обыденным фактом старения. В мире примерно 50 миллионов человек, мучаются деменцией и каждый год прибавляется несколько миллионов новых зарегистрированных случаев. Предпосылкой деменции могут быть как травмы, так и болезни, которые нарушают работу организма, например, инфаркт. Деменция в современном мире считается одной из главных событий инвалидности в геронтологическом возрасте, она оказывает

воздействие на человека, страдающего заболеванием, и на его членов семьи, в особенности на тех, кто производит уход. Часто окружающие люди, чувствуют себя незащищенными, появляется чувство недопонимания ситуации. В деменции выделяют три стадии развития заболевания, но у каждого заболевшего она проявляется и прогрессирует по-разному [3, с.7].

Для оценки стадии развития деменции употребляется клиническая рейтинговая шкала, в процессе общения с пациентом можно составить представление про то, какая тяжесть заболевания у человека на данный момент. Для каждой из стадий характерны свои признаки, степень тяжести оценивают по схожим чертам как: память, способность мышления, ориентировка, взаимодействие с другими людьми, самообслуживание, хобби и поведение дома, зависимо от состояния пациента, выделяют признаки соответствующие от легких нарушений до тяжелого состояния деменции.

Также, выделяют состояние непонятной деменции, когда память меняется незначительно, но возникает постоянная забывчивость, человек не помнит некоторые детали; ориентировка – ориентируется хорошо. но, временами могут быть погрешности с датами; мышление – мелкие сложности при анализе некоторых вещей, их сходстве или различии; взаимодействие с окружающими - мелкие трудности; поведение дома и увлечения – мелкие трудности; самообслуживание - сам себя обслуживает, вопросов не возникает [3, с.8].

При легкой деменции могут быть значимые перемены в памяти, человек может ориентироваться во времени, но верно ориентируется на знакомой местности; в мышлении наблюдается сложности в решениях некоторых задач, при анализе их различий и сходств; во содействии с окружающими и в социуме нет особенных изменений и на первый взгляд при знакомстве нарушения малозаметны; поведение дома и увлечения - возникают маленькие сложности в быту; самообслуживание - забывает почти все принципиальные вещи, которые окружают должны ему припоминать о них [3, с.8].

При умеренной деменции память становится слабее, происходящие действия уже не запоминает, в памяти сохранены лишь мемуары о важнейших

событиях в жизни; ориентировка - дезориентация во времени, отчасти нацелен на местность; мышление - сложности в решении задач и при анализе сходств и различий; сотрудничество с окружающими - всецело утрачена самостоятельность, может общаться под контролем остальных людей; поведение дома и увлечения - ограниченный интерес, способен делать лишь легкие виды работ, самообслуживание - нуждается в поддержке в процессе проведения гигиенических процедур, одевании, принятии пищи.

В отличие от умеренной, тяжелая деменция очень изменяет память – частично вспоминаются события жизни; ориентировка - нацелен лишь на свою личность; мышление - решать умственные задачи не может; сотрудничество с окружающими - сложившиеся нарушения препятствуют общению в социуме; поведение дома и увлечения - не может делать обыденные бытовые обязанности; самообслуживание - нуждается в уходе, быть может недержание мочи и кала, не дает отчет своим действиям и поступкам [3, с.9].

Нездоровые с деменцией проживают на протяжении нескольких лет даже после установления диагноза, так как сама деменция не оказывает влияние на длительность жизни. Тем более сколько проживет пациент с деменцией никто не может точно сообщить, в связи с тем, что прогрессирование болезни у каждого персонально. При деменции все чаще женщины проживают дольше мужчин.

Обычно, к гибели сама деменция никогда не приводит. Предпосылкой смертельного финала становятся сопутствующие болезни, которые затрудняют уход за пациентом и приводящие к развитию небезопасных для жизни осложнений.

Когда деменция достигает последней терминальной стадии, то при правильном наблюдении и уходе летальный исход наступает приблизительно через 6-12 месяцев. Неблагоприятными признаками проявления заболевания являются: инфекции дыхательных путей, инфекции мочевого пузыря, недержание кала и мочи, которые приводят к зависимости человека от других людей и нуждается в поддержке окружающих, нарушение координации,

отсутствие речи, не может разговаривать даже при помощи жестов, затрудненный приём еды, в связи с тем, что не может глотать, из-за чего идет потеря веса, исчезает мимика, человек не может без помощи других держать голову и сидеть.

Важнейшей особенностью таких пациентов является то, что у них мощные нарушения функций, также нарушена коммуникация и поэтому пациенты не могут сообщить о собственных трудностях, жалобах медицинскому персоналу и людям, которые за ним ухаживают [5, с.164].

В связи с тем, что человек не может без помощи других двигаться и длительное время обездвижен, возникают пролежни, из-за которых начинаются мощные и нестерпимые боли, не считая этого возрастает возможность возникновения тромбов. Тромбы могут стать предпосылкой смертельного финала. Не считая тромбов, к гибели могут привести присоединившиеся инфекции, они нередко приводят к завышенному беспокойству заболевшего человека, оно сопровождается галлюцинациями, бредом, человек замыкается и уходит в себя, это состояние называется делирий [7, с.15].

Приблизительно в семидесяти процентах случаев смерть пациентов, страдающих деменцией случается от пневмонии. Часто возникают инсульты, инфаркты и остальные болезни.

Главные цели медицинской поддержки в отношении пациентов с деменцией это - диагностика болезни на ранних сроках, оптимизация физического и психологического здоровья, диагностика и исцеление заболеваний, которые способствуют развитию деменции, диагностика и исцеление психических проявлений, помощь людям, осуществляющим уход за пациентами с деменцией.

Самый действующий метод исцеления - это медикаментозный. На каждой стадии деменции употребляются свои фармацевтические средства.

При легкой деменции наблюдаются небольшие расстройства памяти и некоторые перемены в поведении. Время от времени появляется депрессия.

При умеренной деменции усиливаются нарушения памяти, ухудшаются практические способности, нарушается ориентация в пространстве и времени. Нередко бывает депрессия, начинаются абсурд и галлюцинации.

Гомеопатия. Один из наиболее необыкновенных методов исцеления, о котором слышали большое количество человек, но не многие знают в чем конкретно он заключается. Однако почти во всех государствах гомеопатическими средствами пользуются более чем два процента жителей. Лидером внедрения гомеопатических средств является Индия, приблизительно пятнадцать процентов употребляют данный способ исцеления. Гомеопатия – это применение природных веществ, к примеру, минералов и растений [11, с.6].

Гомеопатия употребляется для исцеления самых различных болезней. Однако мы знаем, что деменция - это неизлечимая болезнь, потому хоть какой способ исцеления, который бы улучшал общее состояние организма пациента, заслуживает внимания.

Некоторые сумели облегчить признаки старческой деменции средством Шэньжун губэнь хуаньшао вань. Данный продукт, который имеет подобное необыкновенное название состоит приблизительно из сотни компонентов, в числе которых – женьшень, корица, эвкомия вязолистная, лимонник китайский, семечки лотоса, перец ароматный, фенхель, темная соя, белая горчица. Много необыкновенных компонентов: панцирь черепахи, воздушный пузырь рыб, земельный червяк.

Основная изюминка таких фармацевтических средств состоит в том, что они не наносят вред. А это, как мы помним, основной принцип врачебной практики, одна из заповедей Гиппократата [8, с.13].

Мероприятия, предупреждающие начало осложнений: массаж и изменение положения человека в кровати для недопущения появления пролежней и тромбов; уход за полостью рта, чтобы не допустить язв; правильное кормление, пациент должен получать необходимое число воды и пищи; исцеление, которое направлено на облегчение мучений пациента и понижение боли.

На последней стадии пациенты с деменцией должны быть обеспечены высококвалифицированным уходом, которого нереально достигнуть в домашних критериях, потому считать выходом из сложившейся ситуации помещение пациентов, которые находятся в тяжелом состоянии, в особые поликлиники - хосписы.

Почти все люди не в курсе, что такое деменция и как она проявляется, однако в жизни встречали людей с проявлением деменции либо развития её. Одна из основных причин риска – это наследственность. Понятно, что деменция развивается из-за гена, который подвержен мутации, потому возможность наследного развития слабоумия чрезвычайно большая. К примеру, семьи алкоголиков подвержены развитию деменции. Если в семье кто-то страдает слабоумием необходимо исследовать ближайших родных, чтоб исключить болезнь либо выявить ее на ранних сроках развития.

Кроме того, к факторам риска относят: нарушения обмена, гиподинамия, неверное питание, вредные привычки, болезнь эндокринной системы, возрастные изменения уровня половых гормонов, инфекции, черепно-мозговые травмы, к примеру, сотрясения, интоксикации, болезни сердечно-сосудистой системы [8, с.14].

Ученый Эрик Эрикссон проводил исследования на протяжении тринадцати лет, за это время он исследовал приблизительно 300 пенсионеров.

Выделил несколько правил: «каждодневные пешие прогулки свыше полутора км в два раза делают лучше память, занятия спортом (неспешный бег, ходьба, теннис и т.д.), исключить вредные привычки, вести сексуальную жизнь с одним партнером, предупредительные прививки, закаливание, здоровое питание, тренируйте мозг и память».

Беря во внимание предпосылки начала сосудистой деменции, к советам, которые были написаны выше, необходимо добавить еще несколько пунктов: определять уровень холестерина, уровень глюкозы, смотреть за кровяным давлением, посещать терапевта, делать ЭКГ, однако бы 1 раз в год, сразу после выявления лечить сосудистые болезни и избегать стрессовых ситуаций [9, с.3].

Самым частым проявлением деменции является нарушение памяти. При нарушениях памяти даже при первом осмотре пациент будет сам говорить и сетовать на трудности с памятью, но чаще на изменение памяти реагируют родные и близкие пациента, чем он (это нередко встречается у пенсионеров с деменцией). Есть общее представление, которое основано тем, что первый признак слабоумия – это осложнение памяти. Однако в действительности не постоянные ухудшения памяти является началом слабоумия.

Самой первой жалобой, на которую стоит направить внимание является сложность вспомнить имя, место, дату, где он оставил свою вещь, к примеру, человек не может вспомнить, куда положил телефон либо ключи от дома. Чем сильнее расстройство памяти, тем серьезнее проявления забывчивости, к примеру, забыл оплатить кредит либо забыл про важную встречу. Более тяжелые нарушения бывают даже небезопасны для жизни только пациента, но и окружающих. Человек не может вспомнить закрыл ли он дверь в квартиру, выключил ли перед тем, как уйти газовую плиту, утюг и другое. Почти все зависит от обстоятельств нарушения памяти. Вместе с ними могут быть установлены и иные признаки, к примеру, депрессия, раздвоение личности, могут появиться трудности в процессе выполнения обыденных действий.

Есть 2 вида памяти:

Декларативная память (семантическая либо эпизодическая), она обеспечивает запоминание принципиальных событий, дат, лиц, различных объектов. Она сознательная, в связи с тем, что подразумевается осведомленность субъекта об объекте, образы либо действия, извлекаемые из памяти [9, с. 3].

Процедурная память – это память, при помощи которой человек запоминает определенные действия. Человек рефлексивно запоминает определенную последовательность действий. К примеру, езда на машине либо игра на гитаре.

Предпосылки нарушения памяти: снижение памяти, которые происходят из-за старения (часто встречающаяся), изменения когнитивной функции, слабоумие, депрессия [14, с. 127].

У большей части людей с годами отмечается некое ухудшение памяти. Однако интеллектуальные возможности не меняются. Пациент в преклонном возрасте с ухудшениями памяти может ответить на поставленный вопрос, либо выполнить намеченную цель, если ему на это будет предоставлено необходимое число времени.

Депрессия быть может у пациентов с деменцией, да и сама длительная депрессия быть может предпосылкой осложнения памяти [5, с.161].

При нарушении памяти необходимо полноценное обследование. Анамнез необходимо собрать сначала у самого пациента, а позже побеседовать с членами его семьи. Пациенты, с нарушением когнитивной функцией не могут точно и тщательно указать некоторые моменты их жизни, а родные могут посодействовать в этом. Однако в присутствии пациента могут не рассказать о некоторых собственных замечаниях. В анамнезе нужно точно описать тип нарушения памяти, первые их проявления, степень тяжести, как стремительно прогрессирует болезнь, очень ли мешают нарушения памяти в обыденной жизни.

Выяснить о перенесенных травмах, заболеваниях пациента, фармацевтические средства, которые воспринимает пациент.

Оценить психологический статус возможно при помощи реализации пациентам определенных инструкций для изучения следующих показателей: ориентированность (пациент вынужден огласить свое имя, фамилию, место где он на данный момент располагается, дату рождения и т.д.); внимание (к примеру, произносить слова напротив, сложить либо отнять несколько обычных чисел); краткосрочная память (к примеру, пациент должен уяснить обычное предложение и произнести его через некоторый период (5, 10 и 30 мин)); речь (к примеру, пациент озвучивает наименования окружающих его предметов либо тех, которые ему демонстрируют); исполнительные деяния (к

примеру, необходимо выполнить действие, которое состоит из нескольких шагов); плодотворный праксис (к примеру, срисовать набросок либо просто нарисовать обычный предмет) Для оценки этих качеств могут употребляться разные шкалы [14, с. 133].

Признаки, на которые стоит целенаправленно обратить внимание: это изменение активности, снижение внимания, перемены в сознании, признаки депрессии.

Чтобы поставить диагноз деменции необходимо исключить возможность такого состояния как депрессия, но так же исключить наличие делирия [5, с.165]. При постановке диагноза, основное – это клиническая картина. Однако тестирование пациента и собранный анамнез поспособствуют более точному и правильному диагнозу.

1.3. Роль медицинской сестры при уходе за пациентами с признаками проявления деменции

Поскольку пациенту необходима постоянная поддержка и уход, медицинская сестра, играет эту первостепенную роль в уходе, осуществляя помощь на дому, и в стационаре. Медицинская сестра, это тот человек, который все время должен быть рядом, удовлетворяя необходимые потребности заболевшего человека, важно, что бы медицинская сестра владела всеми необходимыми знаниями о стареющем организме, а так же, о всех психических изменениях, возможных при заболевании.

Подготовка профессиональной медицинской сестры должна включать и развитие таких качеств, как милосердие, эмпатия, сострадание, коммуникативные качества. Очень важно умение среднего медицинского персонала найти личный подход к пациенту, учитывая его возрастные изменения, а так же к его родным. Медсестра должна уметь организовать помощь для пациентов, привлекая все имеющиеся в ее распоряжении ресурсы.

Для медицинской сестры принципиально умение контактировать с пациентами и их родственниками, а так же постоянно повышать свою квалификацию, периодически проходить обучение, согласно своей специализации.

Прежде всего, пожилым людям с нарушениями памяти необходима поддержка и забота. Непременно необходимо побеспокоиться о безопасности пациента. К примеру, если человек может не вспомнить где он живет и заблудится, то необходимо применять систему слежения, чтоб было намного легче найти его.

Необходимо проводить беседы с родными пациента, и если у них нет времени либо они не могут без помощи других вести уход за тяжелым пациентом, то можно обратиться за сторонней помощью, к примеру, нанять сиделку, вызывать общественного сотрудника на дом либо поменять место жительства, другими словами переехать в иной более неопасный дом (без лестниц, ступеней) либо можно поместить пациента в особое учреждение либо в организацию, где пациент сумеет получать профессиональную сестринскую помощь).

Важно, что бы все медицинские сотрудники в учреждениях по уходу за такими пациентами носили большой бейджик со своим именем, так как возможные нарушения памяти будут провоцировать пациента каждый раз знакомиться заново, и при всем этом ощущать дискомфорт. Человек должен чувствовать поддержку и ощущать себя уютно [20, с.9].

Беря во внимание, что в геронтологическом возрасте возможность нарушения памяти и развития деменции в возрасте от шестидесяти пяти до восьмидесяти пяти лет возрастает приблизительно на тридцать - пятьдесят процентов. Распространенность деменции у лиц, которые находятся в домах-интернатах, приблизительно составляет до восьмидесяти процентов.

Сестринский процесс при выполнении ухода за пациентами с деменцией создаёт новое осознание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, так как требует не только неплохой технической подготовки

но, и отлично развитых способностей, а так же умение подобрать к каждому пациенту особенный подход, понять внутреннюю картину болезни пациента и ощущение картины мира человека, при данном заболевании [12, с.25].

Основной целью профессиональной деятельности медицинской сестры является выяснение причин беспокойства и потребностей пациента, грамотная коммуникация, поддержка и уход. Довольно нередко финал заболевания зависит от сложившихся отношений между пациентом и медицинской сестрой, так как от уровня доверия зависит, может ли пациент поведать ей все свои трудности, довериться ей [13, с.125].

Сестринский процесс предусматривает достижение задач в оказании поддержки пациентам, с нарушениями памяти и слабоумием, которые можно достичь с помощью пяти шагов [20, с.11].

Первый шаг включает сбор анамнеза, физическое обследование, лабораторные исследования. Медицинская сестра обязана собрать данные о пациенте и найти его необходимость в сестринском уходе. Принципиальным нюансом в работе медсестры является наблюдение за пациентом. Во время общения медсестра обязана уделять внимание поведению человека, выражению лица, его мышлению и эмоциям. Сбор этой информации помогает понять, необходима ли пациенту посторонняя помощь, либо он может справиться без помощи других.

На втором шаге определяют трудности пациента. В числе вопросов пациента различают: имеющиеся трудности, которые пациент переживает в текущее время, к примеру, волнение, боль и потенциальные трудности, которые могут появиться при не подходящем лечении или не правильном уходе.

Одной из принципиальных задач является верная формулировка сестринского диагноза. Он ориентирован на выявление ответных реакций организма пациента на заболевание и выявляет такие признаки, как волнение, боль в голове, слабость, головокружение, тревожность, апатия, беспокойный сон. Все эти трудности требуют помощи медицинской сестры.

На третьем шаге медсестре необходимо составить план сестринского воздействия с учётом личных особенностей заболевшего. Он, представляет из себя, детализированное описание действий медсестры. Медицинский работник обязан отлично представлять для себя, личность пациента и его ближнего круга, другими словами семьи и близких. Цели и задачи профессиональной деятельности медицинской сестры направлены на адаптацию пациента к его новым условиям жизни, которые неразрывно связаны с заболеванием и оказанием сестринского ухода [13, с. 127].

На четвертом шаге медсестра приступает к реализации составленного плана. Главная задача этого шага – это обеспечение сестринского ухода согласно составленному плану для улучшения самочувствия заболевшего человека. Производится данный шаг, при помощи обучения пациента навыкам и особенностям самоухода, а так же обучению и его родных уходу за ним, это тот уход, который является независимым. Кроме того пациент зависит от тех назначений, которые прописывает доктор, а так же существуют и взаимозависимые отношения, к которым относится коллективная деятельность медицинской сестры с другим медицинским персоналом, так как при составлении плана лечения необходимы рекомендации и других специалистов, - психолога, терапевта, кардиолога, невропатолога и других.

На заключительном пятом шаге медицинскому персоналу необходимо оценить достигнутые результаты лечения, с учетом индивидуальных особенностей пациента. Медицинской сестре важно описать продуктивность проделанной работы, самой оценить её, не считая этого, действия медицинской сестры по уходу за пациентом, и как она смогла осуществить поставленные цели в силах оценить родные и близкие заболевшего человека [20, с.13].

Таким образом, учитывая анализ статистических данных и литературы, по данной проблеме, можно прийти к выводу, что с каждым годом заболевших становится больше, при всем этом, принципиальное значение играет возраст пациента, растут ухудшения памяти, мышления, внимания и всех когнитивных

процессов в целом, поэтому особенное внимание со стороны медицинского персонала необходимо уделить профилактике деменции.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

2.1. Изучение развития деменции у пациентов геронтологического возраста

Актуальность данной проблемы побудила нас провести исследование пациентов геронтологического возраста, с целью выявления изменения когнитивных функций. Базой для исследования была выбрана ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1» города Белгорода, где были обследованы пациенты неврологического отделения, и терапевтического отделения, общее количество составило 50 человек, возраст которых составил от 59 лет и старше.

Целью исследования было изучение когнитивных изменений, происходящих у пациентов геронтологического возраста, связанные с возможным развитием деменции. Для изучения психологического статуса пациентов и возможного развития деменции использовался тест Пола Р. Макью, целью которого была оценка, нарушения памяти и когнитивных изменений деменции у пациентов геронтологического возраста. Исследование проводилось в несколько этапов:

1. На начальном этапе было проведено тестирование пациентов, с помощью опросника Пола Р. Макью.
2. На втором этапе мы обработали информацию и подсчитали результаты.
3. На третьем этапе исходя из полученных результатов были сделаны выводы и построены диаграммы и таблицы.

Шкала оценки Пола Р. Макью — это краткая шкала оценки психического статуса, который состоит из 10 заданий, его используют, чаще всего для выявления когнитивных нарушений, которые могут свидетельствовать о развивающейся деменции. Кроме, того, эта шкала достаточно часто используется при оценке изменений, произошедших под воздействием терапии.

Для прохождения теста достаточно 10 минут, в ходе которых оценивается краткая оценка арифметических способностей человека, его памяти, речи и ориентирования в пространстве и времени. Но для установки точного диагноза у пациентов с низкими показателями требуется более подробное нейропсихологическое тестирование.

Согласно результатам теста баллы суммируются, и делается вывод о психологическом статусе пациента и деменции разной степени выраженности от отсутствия когнитивных изменений до тяжелой степени выраженности деменции.

2.2. Результаты исследования

С помощью тестирования мы опросили, в общей сложности 50 человек, все опрашиваемые пациенты были старше 59 лет. Мы опрашивали пациентов в двух разных отделениях ОГБУЗ «Городской клинической больницы № 1», 25 человек из неврологического отделения и 25 человек из терапевтического. Пациенты, находящиеся в стационаре, были там по разным причинам и имели различные диагнозы.

Согласно нашей шкале оценки, степени деменции распределяются: от 28 – 30 баллов – пациент не имеет когнитивных нарушений, таких пациентов в терапии было – 32 %, от 24 до 27 баллов – преддементные когнитивные нарушения, обнаружилось у 48 %, от 20 до 23 баллов по шкале оценки психического статуса имеют деменцию легкой степени, таких оказалось – 20 %, из опрошенных терапевтического отделения (Табл.1).

Таблица 1

Результат опроса пациентов терапевтического отделения

Результат опроса	Кол. опрошенных	Кол. человек в %
Нет нарушений когнитивных	8	32 %

функций		
Преддементные когнитивные нарушения	12	48 %
Деменция легкой степени выраженности	5	20 %
Деменция умеренной степени выраженности	0	0 %
Тяжелая деменция	0	0 %

Деменции умеренной и тяжелой степени выраженности не обнаружено. То есть практически все опрошенные имеют хорошие когнитивные способности (Рис. 1).

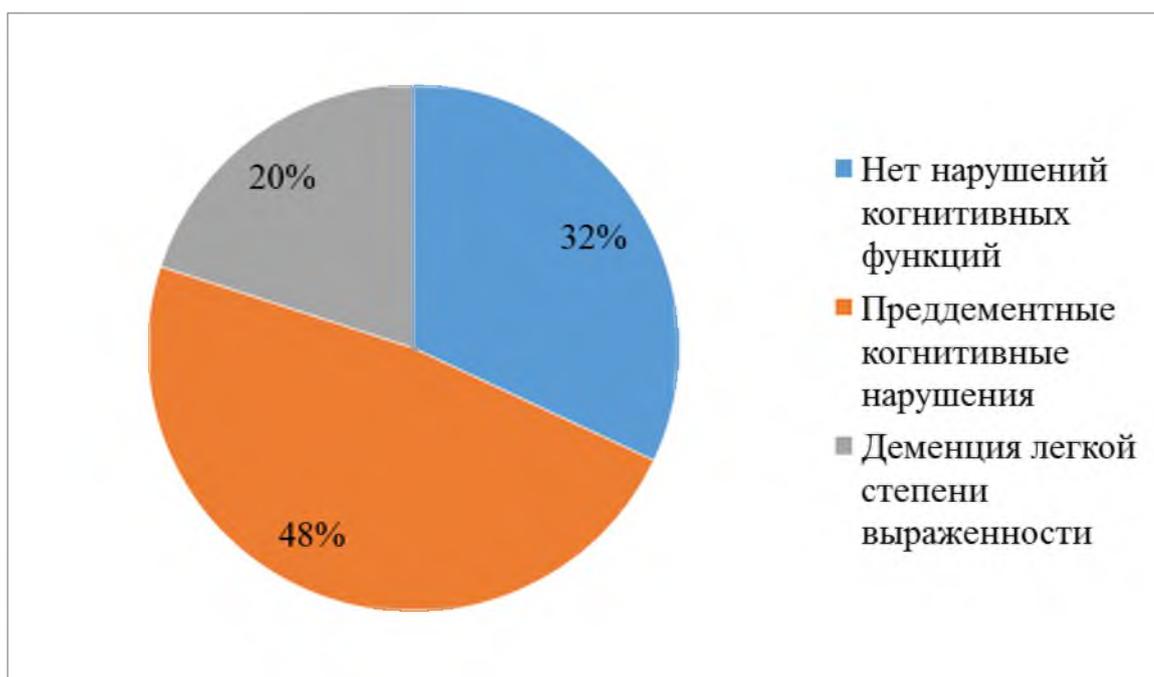


Рис. 1. Результат опроса пациентов терапевтического отделения

Среди пациентов неврологического отделения больницы оказалось, что из двадцати пяти опрошенных у пятерых нет когнитивных нарушений, что соответствует 20% исследуемых, тринадцать человек имеют преддементные

нарушения, что составляет 52 %, и легкую степень деменции ощущают 28% пациентов больницы, умеренной и тяжелой деменции не обнаружено (Табл.2).

Таблица 2

Результат опроса пациентов неврологического отделения

Результат опроса	Кол. опрошенных	Количество человек в %
Нет нарушений когнитивных функций	5	20 %
Преддементные когнитивные нарушения	13	52 %
Деменция легкой степени выраженности	7	28 %
Деменция умеренной степени выраженности	0	0 %
Тяжелая деменция	0	0 %

Благодаря диаграмме можно сделать вывод, что у 5 человек нет нарушений когнитивных функций (28 баллов), имеют предметные когнитивные нарушения 13 пациента (от 24 до 27 баллов), 7 человек имеют деменцию легкой степени выраженности (от 20 до 23 баллов). Пациентов с деменцией умеренной и тяжелой степени выраженности не оказалось, ни в терапевтическом, ни в неврологическом отделениях (Рис. 2).

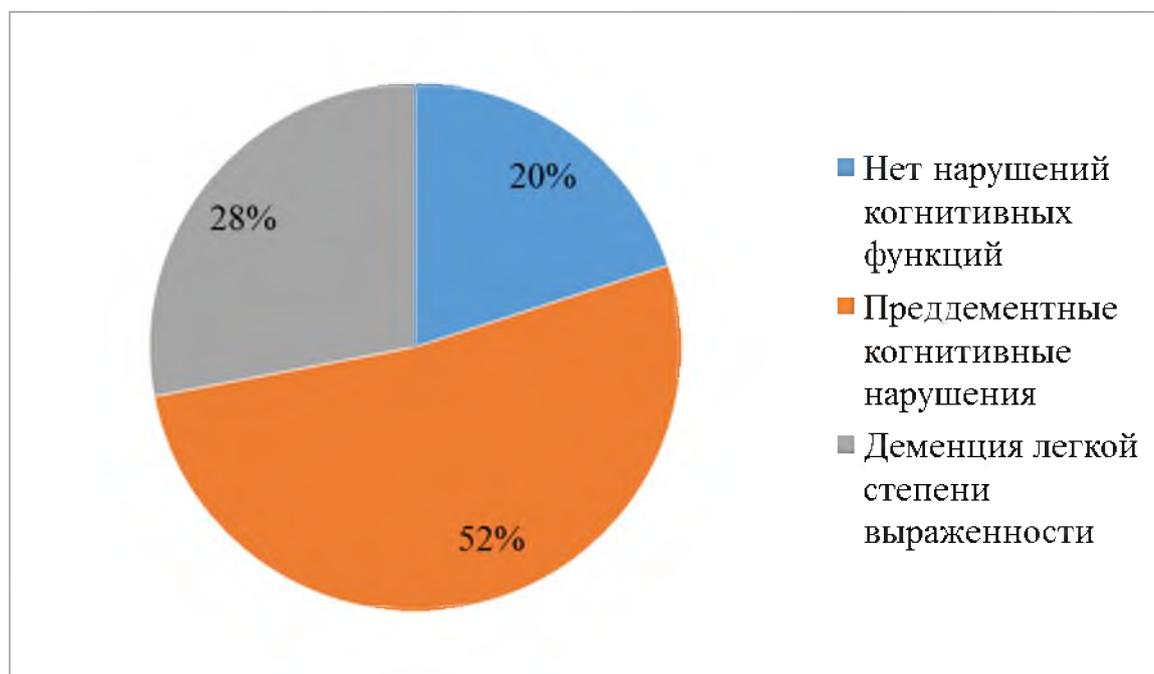


Рис. 2. Результат опроса пациентов неврологического отделения ОГБУЗ «Городской клинической больницы № 1»

Данная диаграмма показывает психологический статус пациента. Оказалось, что деменцию легкой степени выраженности имеют 28% пациентов неврологического отделения, 52% исследуемых имеют предметные нарушения.

Таблица 3

Общий результат опроса пациентов ОГБУЗ «Городской клинической больницы № 1».

Когнитивные изменения	Количество о опрошенных	Количество человек в %

Нет нарушений когнитивных функций	13	26%
Преддементные когнитивные нарушения	25	50%
Деменция легкой степени выраженности	12	24%
Деменция умеренной степени выраженности	0	0 %
Тяжелая деменция	0	0 %

Согласно изученным данным, из пятидесяти исследуемых пациентов не было обнаружено больных с умеренной и тяжелой степенью деменции, деменция легкой степени выраженности определена у двенадцати человек, что соответствует 24% из всех респондентов, преддементные нарушения наблюдаются у 25 пациентов, что составило 50% испытуемых, нет когнитивных нарушений у тринадцати человек, то есть 26% изученных пациентов (Рис. 3).

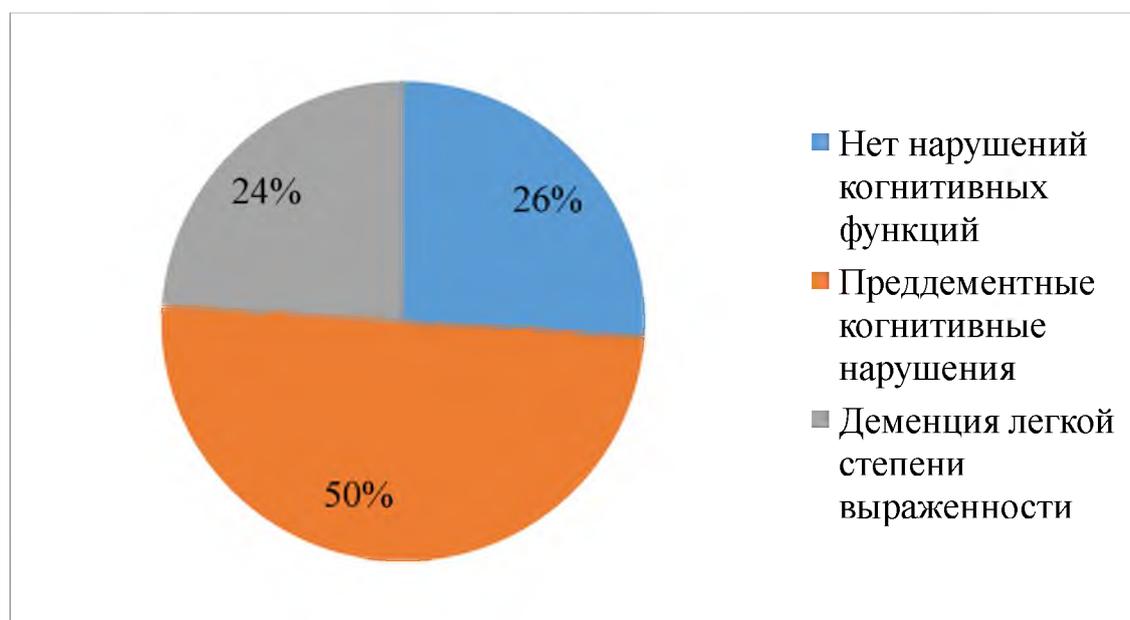


Рис. 3 Общий результат опроса пациентов в двух медицинских учреждениях.

Таким образом, мы выяснили, что большая часть пациентов, имеют преддементные когнитивные нарушения – 50%, легкую степень выраженности

деменции имеют 24% опрошенных пациентов геронтологического возраста, а всего 26% не имеют нарушений когнитивных функций, что обнадеживает в прогнозе состояния.

Так же нам интересно было выяснить, какой пол более подвержен заболеванию, мужчины или женщины (Табл.4)

Таблица 4

Признаки деменции по полу среди пациентов неврологического отделения

Признаки деменции	Кол. женщин	Кол. женщин %	Кол. мужчин	Кол. мужчин %
Нет нарушений	4	16 %	2	8 %
Преддементные нарушения	7	28 %	6	24 %
Легкая степень деменции	2	8 %	4	16 %
Умеренная степень	0	0 %	0	0 %
Тяжелая деменция	0	0 %	0	0 %

В неврологическом отделении больницы, из 25 пациентов, 12 опрошенных мужчин не имеют нарушений когнитивных функций, что соответствует 8%, преддементные когнитивные нарушения у 24%, а деменция легкой степени выраженности у 16%. Из 13 опрошенных женщин нет когнитивных изменений у 16%, 28% женщин имеют преддементные когнитивные нарушения, а 8% женщин имеют деменцию легкой степени выраженности (Рис. 6).



Рис. 4 Признаки деменции по полу пациентов неврологического отделения

В терапевтическом отделении опрошенные женщины не имеют когнитивных нарушений в 20% случаев, преддементное состояние у 11% и 14% имеют легкую степень нарушений памяти и мыслительных процессов, среди мужчин 23% не имеют когнитивных изменений, преддементное состояние мыслительных процессов наблюдается у 29% мужчин и легкая степень деменции у 3% обследуемых (Рис.5).



Рис. 5 Уровень когнитивных изменений у мужчин и женщин терапевтического отделения

Интересен тот факт, что тестовые задание на речь выполнили почти все пациенты, из них лучшие результаты показали пациенты терапевтического отделения у которых не оказалось признаков низкого уровня речи, со средним уровнем оказалось 22%, и с высоким уровнем речи 78% пациентов. В качестве задания необходимо было выполнить три письменных команды. Оказалось, что среди пациентов неврологического отделения низкий уровень речи имеют 15% пациентов, средний уровень 30%, а высокий 55% (Рис. 6).

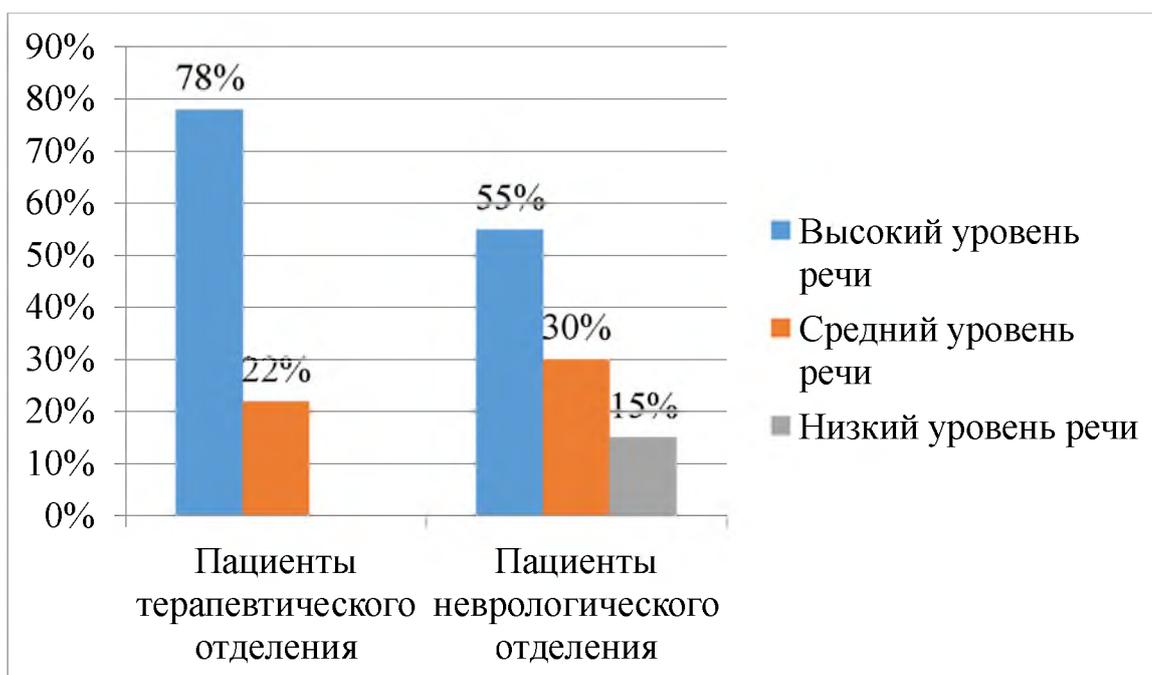


Рис. 6. Показатели уровня речи пациентов

По результатам изучения памяти пациентов мы обнаружили следующие результаты: у пациентов терапевтического отделения высокий уровень памяти обнаружен у 52%, средний уровень у 34%, и низкий у 14% респондентов. Пациентов просили запомнить несколько слов и затем через некоторое время их воспроизвести для оценки слуховой памяти. У пациентов неврологического отделения высокий уровень памяти обнаружен у 8% пациентов, средний уровень у 57% и низкий уровень слуховой памяти у 35% пациентов (Рис. 7).

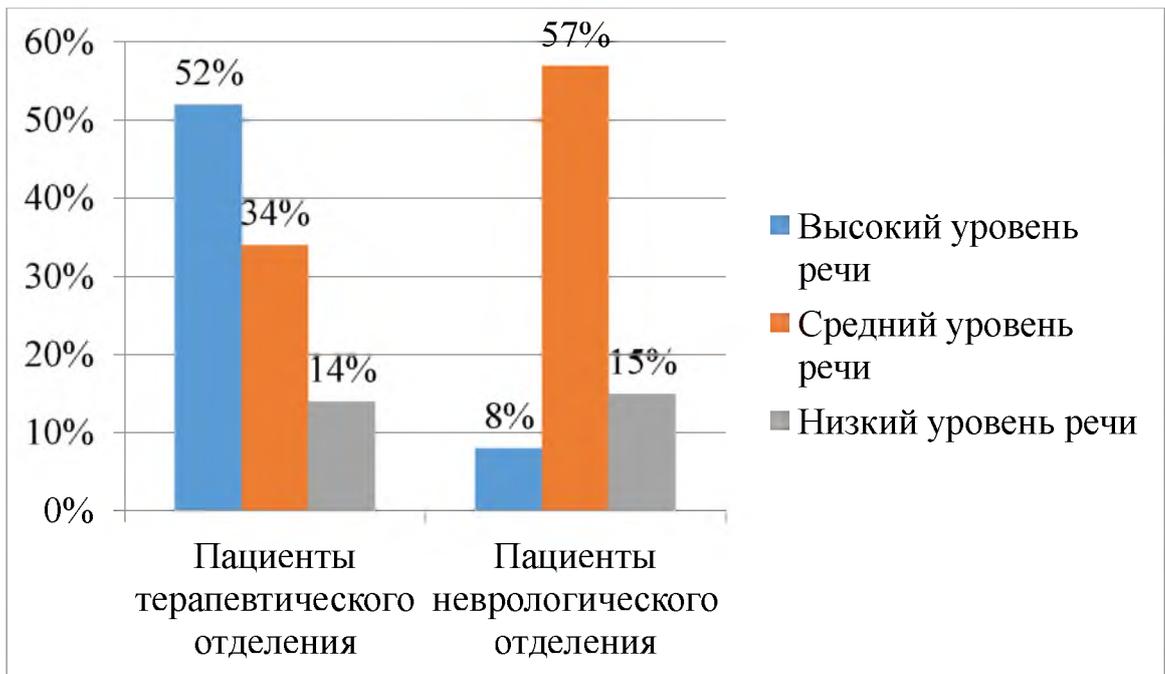


Рис. 7. Показатели уровня памяти пациентов

Таким образом наше исследование показало, что при обследовании пациентов терапевтического и неврологического отделений на проявление симптомов деменции, в терапевтическом отделении деменций легкой степени выраженности наблюдается у 20% пациентов, преддементные нарушения наблюдаются у 48%, и не обнаружено нарушений когнитивных функций у 32%. У пациентов неврологического отделения в 28% случаев наблюдается деменций легкой степени, у 52% пациентов имеются преддементные нарушения, и отсутствуют когнитивные нарушения у 20% респондентов. Видно, что уровень изменений когнитивных функций хуже у пациентов неврологического отделения, но ни в том ни в другом отделении не обнаружены пациенты с тяжелым и средним уровнем деменции (Рис. 8).

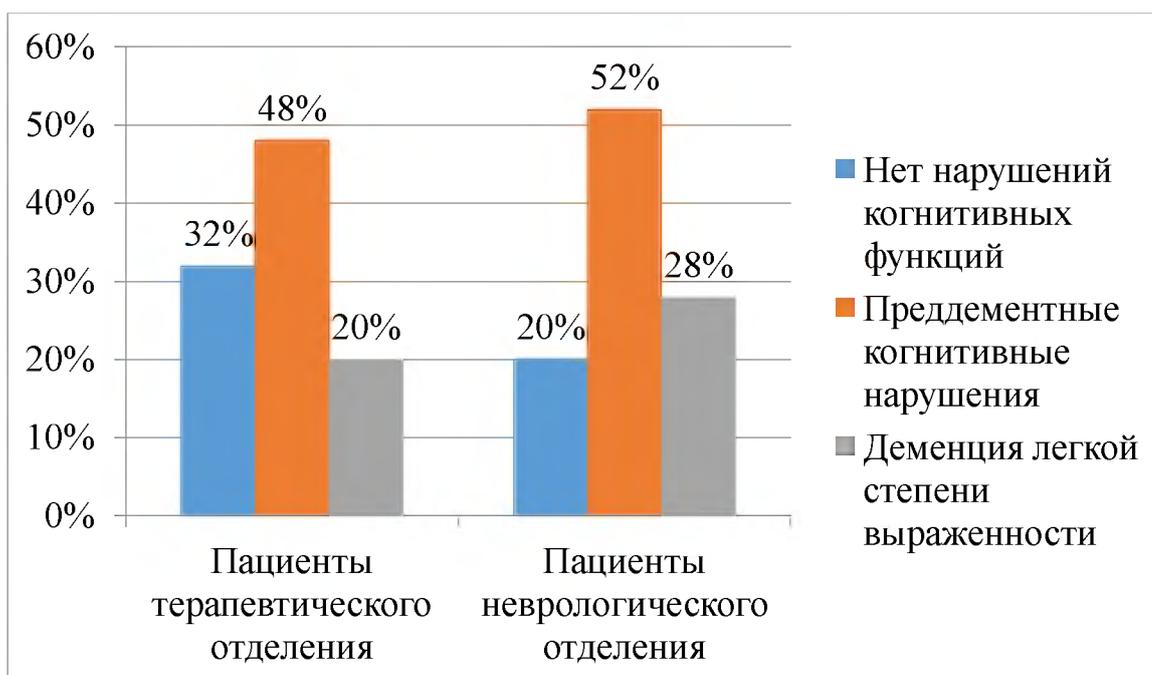


Рис. 8. Признаки деменции пациентов

Кроме того, мы проанализировали возраст пациентов, у которых выявлены преддементные когнитивные нарушения, чаще они находятся в возрасте 67-68 лет, легкой степенью выраженности деменции сталкиваются в возрасте 69-70 лет, а ещё не имеют нарушений когнитивных функций в возрасте 64-65 лет. Исходя из этого, мы можем сделать вывод, что самый подверженный возраст, в котором начинает развиваться заболевание это 67-68лет.

Таким образом, наше исследование показало, что геронтологический возраст, снижение иммунных процессов, обмена веществ, старение организма приводит к изменению когнитивных функций, у пациентов ухудшается память, мыслительные процессы и ориентация в пространстве, с этим встречаются 74% опрошенных нами пациентов в форме преддементных состояний и легкой степени деменции. Радует тот факт, что среди исследуемых не было пациентов с тяжелым уровнем нарушений когнитивных функций. Поэтому профилактика нарушений интеллектуальных процессов актуальна и ее нужно проводить в каждом отделении, где находятся пациенты геронтологического возраста.

2.3. Рекомендации

Для улучшения уровня жизни пациентов геронтологического возраста с какими-либо проявлениями деменции нужно выполнить следующие рекомендации:

1. Для оказания помощи пациентам с деменцией открывать специализированные профильные отделения.
2. Проводить профилактику деменции, начиная с подросткового и зрелого возраста.
3. Вести активный образ жизни.
4. Вовремя восполнять дефицит витаминов группы В (особенно В1-тиамин, признанный витамин радости и бодрости духа) и фолиевой кислоты.
5. «Морская» терапия. Морской воздух благоприятно влияет на организм, помогает расслабиться, убирает чувство тревоги и суеты.
6. Создавать в стране больше пансионатов и центров медико-социальной реабилитации для людей, страдающих деменцией.
7. Отказ от вредных привычек, которые могут стать одной из причин развития деменции, в первую очередь это курение и употребление алкоголя.
8. Ежедневно измерять артериальное давление, если есть гипертония.
9. Принимать аспирин (разжижает кровь, улучшает ее текучесть).
10. В качестве профилактики необходимо тренировать когнитивные процессы, в течение всей жизни, и в старческом возрасте, особенно, для этого использовать коррекционные упражнения, такие как :

Продолжить известные пословицы (поговорки): «Не рой другому яму»

Рисование часов. Этот тест используется для диагностики деменции. Но он же может использоваться и для тренировки. Сначала его можно упростить – дать задание нарисовать циферблат без стрелок, но с цифрами (или вообще круг). Потом постепенно усложнять.

Для тренировки ассоциативного мышления и логики можно предложить, больному несколько (пять, например) слов, где четыре слова обозначают

близкие понятия, а одно слово по смыслу лишнее. Требуется выбрать лишнее и объяснить свой выбор.

При нарушениях речи можно использовать скороговорки – сначала проговаривать их отдельно и медленно, затем постепенно ускорять.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из нашего исследования, мы обнаружили актуальность данной проблемы, нами были выполнены поставленные задачи и цель данной работы.

Таким образом, наше исследование показало, что геронтологический возраст, снижение иммунных процессов, обмена веществ, старение организма приводит к изменению когнитивных функций, у пациентов ухудшается память, мыслительные процессы и ориентация в пространстве, с этим встречаются 74% опрошенных нами пациентов в форме преддементных состояний и легкой степени деменции. Радует тот факт, что среди исследуемых не было пациентов с тяжелым уровнем нарушений когнитивных функций. Поэтому профилактика нарушений интеллектуальных процессов актуальна и ее нужно проводить в каждом отделении, где находятся пациенты геронтологического возраста.

Чаще всего в пожилом возрасте встречаются небольшие нарушения, то есть преддементные когнитивные нарушения. Мы узнали, что большая часть пациентов, имеющих преддементные когнитивные нарушения, это пациенты в возрасте 67-68 лет, то есть чаще всего именно в этом возрасте в организме человека начинают происходить нарушения, которые через несколько лет могут привести к деменции. Это подтверждает тот факт, что средний возраст пациентов, которые имеют легкую степень выраженности деменции это больные, находящиеся в возрасте 69-70 лет.

Исходя из этого, медицинская сестра всегда должна помнить о индивидуальных особенностях пациента, знать отклонения от нормы и как они проявляются у пациентов в геронтологическом возрасте, осуществлять уход за больными и обучать правильному уходу родственников и другое. Именно поэтому роль медицинской сестры одна из главных. А чтобы проводить эти мероприятия на достаточно качественном уровне от среднего медицинского работника требуется высокая профессиональная дисциплина, четкое выполнение всех распоряжений врача. Профессиональная подготовка медицинской сестры должна сочетаться с душевными качествами, такими как

милосердие, сострадание. Медицинская сестра должна уметь найти индивидуальный подход к пожилому пациенту, к его родственникам.

Вовремя общения с пациентом и выполнения сестринских манипуляций медицинская сестра должна соблюдать деонтологические нормы и принципы поведения, создавать доброжелательный настрой, проявлять выдержку, готовность всегда помочь пациентам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анисимова, Е. Биохимия: мутации и репарация [Текст] : учебное пособие : [около 400 ст.] / Е. Анисимова. – Москва; Экзамен, 2016. – 80,88 с
2. Балычева, Е.Ю. Деменция: сколько лет живут? Деменция у пожилых людей: признаки, стадии развития и типы заболевания [Электронный ресурс] / Е. Балычева // fb.ru / ООО «Москва Юрайт»; гл. ред. Н. Меньшикова. – Москва, 2014. – Режим доступа: <http://fb.ru/article/162734/dementsiya-skolko-let-jivut-dementsiya-u-pojilyih-lyudey-priznaki-stadii-razvitiya-i-tipyi-zabolevaniya>.
3. Галиева, К. Деменция: причины, симптомы, лечение [Электронный ресурс] / К. Галиева //medicalinsider.ru / ООО «Medical Insider»; гл. ред. К. Романов. – Санкт-Петербург, 2016. – Режим доступа: <https://medicalinsider.ru/news/demenciya-prichiny-simptomy-lechenie/>
4. Гордеева Л. Что мешает фармацевту? [Текст] / Л. Гордеева // Аргументы и факты. – 2014. – 13 нояб.
5. Депрессия и деменция: две стороны одной медали? [Текст] / Ю. Э. Азимова, К. А. Ищенко, А. П. Рачин [и др.] // Научный результат. РМЖ (Русский Медицинский Журнал) – 2016. – Т. 2, № 24. – С. 161-167
6. Дневник памяти [Видеозапись] / реж. Н. Кассаветис; в ролях: Р. Гослинг, Р. Макадамс, Д. Гармер; Paramount Films. – Канада: Премьер-видеофильм, 2004. – 1 вк. – Фильм вышел на экраны в 2004 г.
7. Кабанов, А.С. Деменция. Причины, симптомы и признаки, лечение, профилактика патологии [Электронный ресурс] / А. Кабанов // polismed.com ООО «ПолисМед»; гл. ред. Р.Гусин – Москва, 2015. – Режим доступа: <https://www.polismed.com/articles-demenciya-prichiny-simptomy-i-priznaki-lechenie.html>
8. Колосов, О. 10 фактов о деменции [Электронный ресурс] / О. Колосов // bel.kp.ru ООО «Комсомольская правда»; гл. ред. А.Абрамов – Москва, 2016. – Режим доступа: <https://www.bel.kp.ru/daily/26686/3710366/?see-also.number=1#see-also>

9. Петров И. А. Нарушение памяти [Электронный ресурс] / И. А. Петров // ilive.com.ua ООО «Ilive»; гл. ред. Портнов А. А. – Киев, 2015. – Режим доступа: http://ilive.com.ua/health/narushenie-pamyati_106247i16002.html
10. Полярус, М. Деменция - занятия для общения с больным человеком [Электронный ресурс] / М. Полярус // b17.ru / гл. ред. Д. Трефилов – Москва, 2016. – Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/81154/>
11. Скрыпник К. Деменция: правда и мифы [Электронный ресурс] / К. Скрыпник // med.vesti.ru ООО «Вести-Медицина» гл. ред. Морозов В. – Москва, 2017. – Режим доступа: <https://med.vesti.ru/articles/zabolevaniya/dementsiya-pravda-i-mify/>
12. Сиденкова, А. П. Психосоциальная модель поздних деменций [Текст] дис. д-ра мед. наук : 14.01.06 / А. П. Сиденкова. – Москва, 2015. – 26 с.
13. Жданева, Л. В. Двигательные расстройства при болезни Альцгеймера [Текст] дис. д-ра мед. наук : 14.01.11 / Л. В. Жданева. – Москва, 2015 – 133 с.
14. Левин, О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике [Текст] : учебное пособие : [около 300 ст.] / О.С. Левин. – Москва, : МЕДпресс-информ, 2016. – 256 с.
15. Полякова, Т.А. Нейровизуализационные и молекулярные биомаркеры деменции [Текст] / Т.А. Полякова // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. - 2017. Т.1, № 3. – С. 11-23.
16. Маркин С. Профилактика и лечение деменции [Текст] / С. Маркин // Русский медицинский журнал. – 2014. – 21 апр.
17. Воробьева А. Болезнь Альцгеймера: перспективы диагностики и лечения [Текст] / А. Воробьева // Русский медицинский журнал. – 2016. – 7 сент.
18. Чухловина, М.Л. Деменция: диагностика и лечение [Текст] : учебное пособие : [около 270 ст.] / М.Л. Чухловина. – Санкт-Петербург : Питер, 2014. – 131 с.
19. Коломийцев А.К. Особенности морфологических изменений в структурах головного мозга при сосудистой деменции [Электронный ресурс] / А. К.

Коломийцев // Международный научно-исследовательский журнал :
электрон. науч. журн. – 2017. – № 1. – Режим доступа:
<https://doi.org/10.23670/IRJ.2017.55.128>

20. Аникина, М.А. Клинико-нейропсихологические особенности больных деменцией [Текст] : дис. канд. мед. наук : 14.01.11 / М. А. Аникина. – Москва, 2015. – 109 с
21. Субботина Е. Депрессия может быть признаком надвигающейся деменции [Текст] / Е. Субботина // Российская газета. – 2016. – 2 мая.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Тест «Шкала оценки Пола Р. Макхью»

При проведении исследования использовался тест «Шкала оценки Пола Р. Макхью», который имеет второе название «Краткая шкала оценки психологического статуса». Тест представляет из себя 10 вопросов, при этом 10 вопросов при подсчете баллов не учитываются, он служит для того, чтобы понять, как пациент себя оценивает. Целью тестирования является, выявить изменения когнитивных функций у пациентов, нарушения которых ведут к деменции.

Общий балл выводится путем суммирования результатов по каждому из вопросов. Максимальный балл, который можно набрать в тесте это 30 баллов, что соответствует отличному состоянию когнитивных функций. Чем ниже суммарный балл, тем более выражены когнитивные нарушения.

Результаты теста нужно считать следующим образом:

Общий балл: 0-30

28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций,

24 – 27 баллов – преддементные когнитивные нарушения,

20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности,

11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности,

0 – 10 баллов – тяжелая деменция.

1. Ориентировка во времени.

Попросите больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели и время года. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если ему приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число тогда спрашивают: «Какого месяца?», «Какого года?», «Какой день недели?». Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

2. Ориентировка в месте.

Пациента просят ответить на вопрос: «Где мы находимся?». Если больной

отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер палаты (или этаж). Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

3. Восприятие.

Дается инструкция: «Повторите за мной и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка». Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Слова нужно повторить столько раз, сколько это необходимо, чтобы пациент правильно их повторил. Но, оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания.

Просят последовательно вычитать из 100 по 7, так как это описано в 2.1.3.е. Достаточно пяти вычитаний (до результата «65»). Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Второй вариант: вычитать или прибавлять цифры, при этом примеры не должны быть сложными. Пять примеров и за каждую ошибку снимается по одному баллу. Третий вариант: просят произнести слово из 5 букв, например, «земля» наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится «ямлез» вместо «ялмез» ставится 4 балла; если «ямлзе» - 3 балла и так далее.

5. Память.

Просим пациента вспомнить слова, которые заучивались в п.3. Каждое правильное слово оценивается в один балл.

6. Речь.

Показывают ручку или другой предмет, при этом спрашивают: «Что это такое?», аналогично - телефон или часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Выполнение 3-этапной команды. Даются три письменных команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное

выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команда больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединенные линии, то команда считается выполненной неправильно. За правильное выполнение каждой команды дается один балл.

7. «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»

8. Чтение: «Прочтите и выполните»

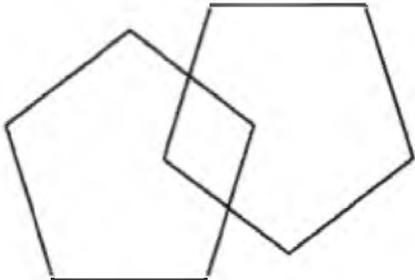
1. Закройте глаза

2. Напишите предложение, которое вы прочитали выше.

9. Срисуйте рисунок

10. Задаем пациенту вопрос: «Смогли ли вы самостоятельно справиться со всеми заданиями» Если пациент, ответ пациента совпадает с реальностью, то считается, что он правильно оценивает свои силы, то есть не переоценивает или недооценивает себя.

Проба	Оценка
1.Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 - 5
2.Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3.Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0 - 3

<p>4. Концентрация внимания и счет:</p> <p>Серийный счет (от 100 отнять 7) - пять раз либо:</p> <p>Произнесите слово «земля» наоборот</p>	<p>0 - 5</p>
<p>5. Память</p> <p>Припомните 3 слова (см. пункт 3)</p>	<p>0 - 3</p>
<p>6. Речь:</p> <p>Показываем ручку и телефон, спрашиваем: «как это называется?»</p> <p>Просим повторить предложение: "Никаких если, и или но"</p>	<p>0 - 3</p>
<p>7. Выполнение 3-этапной команды:</p> <p>«Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»</p>	<p>0 - 3</p>
<p>8. Чтение: «Прочтите и выполните»</p> <p>1. Закройте глаза</p> <p>2. Напишите предложение</p>	<p>0 - 2</p>
<p>9. Срисуйте рисунок</p> 	<p>0 - 1</p>
<p>10. Смогли ли вы самостоятельно справиться со всеми заданиями?</p>	<p>0</p>