

# Болезнь Альцгеймера

[Руководства АЛГОМ](#)

20.03.2017 Последнее изменение 16.01.2018

Авторы:

Анне Ремес

Под редакцией:

доцента кафедры фундаментальной и клинической фармакологии  
Института фундаментальной медицины и биологии Казанского  
(Приволжского) федерального университета, врача-невролога высшей  
категории, к.м.н. Т.Р. Абакумовой

[Главное](#)

[Диагностика](#)

[Лабораторные и инструментальные методы исследования](#)

[Прогрессирование болезни Альцгеймера](#)

[Лечение](#)

[Нормативные документы](#)

[Дополнительные ресурсы](#)

## Главное

- Как правило, болезнь начинается с нарушения памяти: больной не способен усвоить новую информацию.
- Клинический диагноз обоснован в 90 % случаев.
- Развитие болезни обычно медленное, но стабильное, хотя могут наблюдаться периоды медленных и быстрых ухудшений. Продолжительность болезни от первых симптомов до смерти составляет приблизительно 12 лет (от 2 до 20 лет). Наиболее распространенная непосредственная причина смерти - аспирационная пневмония.
- Лекарственная терапия оказывает некоторую помощь, улучшая функциональную способность и облегчая когнитивные и поведенческие симптомы. Однако медикаментозное лечение не всем больным приносит пользу, и его эффект со временем может снижаться. [А](#). Медикаментозного лечения, которое могло бы предотвратить или остановить прогрессирования болезни, в настоящее время нет.

## Диагностика

- Критерии исследования диагноза болезни Альцгеймера: см. ссылку [7](#)
- Основные критерии
  - Значительное снижение эпизодической памяти
    - Постепенное ухудшение состояния, продолжающееся более 6 месяцев
    - При тестирование (ментального статуса) выявляются нарушения памяти (краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), шкала Консорциума по Учреждению Регистрации Болезни Альцгеймера (CERAD), нейропсихологическое исследование).
    - Нарушение памяти долгое время может быть единственным симптомом когнитивных расстройств или сочетаться с другими

когнитивными нарушениями (афазия, агнозия, апраксия или дефицит исполнительной функции).

- Признаки, подтверждающие диагноз
  - Атрофия медиальных отделов височной доли по данным МРТ (гиппокамп, кора энторинальной области, миндалина)
  - Аномальные биомаркеры в спинномозговой жидкости (снижение концентрации бета-амилоида 42 и увеличение тау-белка и фосфо-тау-протеина)
  - Типичные данные ПЭТ (позитронной эмиссионной томографии) (снижение метаболизма глюкозы в височных и теменных долях или выявление амилоидных бляшек с помощью специфических маркеров)
  - Семейный анамнез болезни Альцгеймера с аутосомно-доминантным типом наследования
- Признаки и симптомы, исключающие диагноз болезни Альцгеймера
  - Быстрое начало (болезни), ранние нарушения походки, судорожные припадки или поведенческие расстройства
  - Очаговая неврологическая симптоматика в виде гемипареза или ранних экстрапирамидных расстройств
  - Другие заболевания, которые объясняют симптомы когнитивных нарушений, такие как цереброваскулярные болезни, тяжелая депрессия или иные причины, которые могут вызывать деменцию
- Достоверный диагноз болезни Альцгеймера может быть установлен
  - по клиническим и неврологическим критериям или
  - по клиническим критериям и наличию болезни Альцгеймера, вызванной мутацией гена в 1, 14 или 21 хромосоме.

## **Лабораторные и инструментальные методы исследования**

- Рутинные лабораторные исследования не выявляют какой-либо патологии при болезни Альцгеймера.
- Генетическое тестирование в клинической практике не используется из-за своей сложности (необходима оценка наличия мутации в нескольких генах), к тому же наследственные формы болезни встречаются достаточно редко по сравнению с общей распространенностью заболевания.
- МРТ характеризуется наибольшей диагностической ценностью, так как позволяет более достоверно, в отличие от КТ, выявить наличие атрофии средней теменной доли и гиппокампа, характерных признаков болезни Альцгеймера. При типичных симптомах (болезни) КТ головного мозга применяется для исключения других заболеваний (с похожей симптоматикой).

## **Прогрессирование болезни Альцгеймера**

### **Умеренная степень**

- Больной обычно пытается скрыть или игнорировать симптомы (болезни).
- Нарушение памяти (неспособность запоминания новой информации или воспроизведение ранее усвоенной)
- Нарушение зрительного восприятия, что приводит к трудностям ориентировки больного на местности, особенно в незнакомой

обстановке.

- Теряется ориентации во времени.
- Трудности в подборе нужных слов
- Понимание сложных и абстрактных мыслей затруднено.
- Исполнительная функция ухудшается, и сложные виды повседневной деятельности, например (работа, хобби), создают трудности.
- Пациент может быть бездеятельным и замкнутым.
- У больного могут быть проявления депрессии, паранойи или даже агрессии. Обычно фактор, провоцирующий агрессивное поведение, можно выявить: это, например, лечение, которое больной считает унижительным, или выполнение процедур, которые он не может понять.
- Физикальное обследование не выявляет патологию.

## Умеренная степень

- У больного часто теряется осознание собственной болезни.
- Больной может теряться даже в знакомой обстановке.
- Больной может страдать различными галлюцинациями, которые все же чаще встречаются при деменции с тельцами Леви.
- Неизбежна потеря веса, если питание не уделять особое внимание.
- Трудности в повседневной жизни (например, одевании, купании).

## Тяжелая степень

- Способность понимать речь и говорить значительно снижена или полностью утрачена.
- Конечности напряжены из-за повышения мышечного тонуса, и больной принимает сутулую позу, появляется шаркающая походка. При отсутствии соответствующего физиотерапевтического лечения снижается способность ходить, вплоть ее до полной потери.
- Наблюдается недержание мочи и кала.
- Иногда могут быть судорожные припадки.
- Пациент не справляется со своими быденными делами (трудности при одевании, умывании, нуждается в посторонней помощи при посещении туалета и приеме пищи).

## Лечение

- Ингибиторы ацетилхолинэстеразы: донепезил [А](#), ривастигмин [А](#) и галантамин [А](#) могут быть эффективны при болезни Альцгеймера, улучшая функциональные возможности и уменьшая выраженность когнитивных и поведенческих нарушений.
- Есть данные об эффективности мемантина при болезни Альцгеймера умеренной и сильной тяжести заболевания [А](#).
- Комбинация мемантина и ингибиторов ацетилхолинэстеразы (донепезил, галантамин, ривастигмин) может оказывать положительное влияние на клинические симптомы и безопасно использоваться в лечении [В](#).
- У лиц пожилого возраста может отмечаться тошнота, боли в животе и диарея, особенно при применении донепезила, ривастигмина и галантамина в высоких дозах. Трансдермальная форма (пластырь) с ривастигмином вызывает меньше побочных эффектов [В](#).
- Цель лечения - улучшение функциональных способностей и отсрочка

- потребности в институциональной помощи.
- Лечение прекращают, когда оно перестает оказывать благоприятное действие. Если при институциональном уходе больной не отвечает на лекарственные препараты, возможна их отмена в течение 1-2 недель. Если наблюдается дальнейшее снижение когнитивной функции, то лечение необходимо возобновить.
  - Лечение болезни Альцгеймера в РФ осуществляется согласно нормативным правовым актам: Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Федеральный закон "О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации" от 08.03.2015 N 55-ФЗ (последняя редакция)) и Приказ Минздрава России от 14.04.2015 №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»)
  - Соответствующие психиатрические препараты могут в некоторых случаях (при поведенческих нарушениях) улучшить состояние пациента, но следует избегать возникновения побочных эффектов. Клинические исследования показали умеренную эффективность рисперидона в дозировке 0,25–0,5 мг 2 р/сут для устранения поведенческих симптомов. НКР РФ: оптимальная доза 1,0 мг/сут, при необходимости ее можно увеличить до 1,5–2 мг/сут. Непрерывные курсы лечения более 6 недель не рекомендованы.
  - Функциональные способности больных с болезнью Альцгеймера могут часто улучшаться на некоторое время при условии создания среды с соответствующими стимулами. Комплексный уход также включает поддержку (больных) членами семьи и других лиц, осуществляющих уход [1](#).
  - Проводится много клинических испытаний лекарственных препаратов с целью остановить прогрессирование болезни.
  - Лечение деменции: см. [1](#).

## Нормативные документы

- [1](#) Национальные клинические рекомендации. Российское общество психиатров. Диагностика и лечение болезни Альцгеймера.

## Дополнительные ресурсы

- Кокрейновские обзоры [1](#)
- Другие резюме доказательств [1](#)
- Другие интернет-ресурсы [1](#)
- Дополнительная литература [1](#)
- Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C, Napolitano J, Brecher M. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. J Clin Psychiatry 1999 Feb;60(2):107-15.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. Lancet Neurol 2007 Aug;6(8):734-46
- Grossberg G, Sadowsky C, Fröstl H, Frölich L, Nagel J, Tekin S, Zechner S, Ros J,

Orgogozo JM. Safety and tolerability of the rivastigmine patch: results of a 28-week open-label extension. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009 Apr-Jun;23(2):158-64.

Под редакцией: доцента кафедры фундаментальной и клинической фармакологии Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, врача-невролога высшей категории, к.м.н. Т.Р. Абакумовой

Предыдущие авторы: Раймо Сулкава

Последний пересмотр и обновление 20.03.2017 Последнее изменение 16.01.2018

Идентификатор статьи: ebr00756 (036.054)

© Duodecim Medical Publications Ltd, MediAxel OY, ООО АЛГОМ