



Клинические рекомендации по оказанию помощи пациентам с болезнью Альцгеймера и другими видами деменции

Специфические фармакологические подходы к лечению болезни Альцгеймера вызывают большой интерес клиницистов, так как тенденции к увеличению продолжительности жизни, очевидно, сопутствует расширение контингента больных с деменцией. Кроме снижения интеллектуально-мнестических функций, изменений личности, утраты критики к своему состоянию, больные утрачивают способность выполнять повседневные функции и нуждаются в постороннем уходе и надзоре. Применяемые терапевтические подходы направлены на оптимальное использование сохраняющихся функциональных возможностей мозговых структур. Вашему вниманию представлен краткий обзор практического руководства Американской психиатрической ассоциации по лечению пациентов с болезнью Альцгеймера и другими видами деменции для врачей общей практики, опубликованный *Harvard pilgrim health care* (2015).

Диагноз и клиническая оценка

Деменция при болезни Альцгеймера (БА) – это прогрессирующее заболевание, которое включает в себя целый ряд симптомов, связанных с постепенным началом и дальнейшим прогрессированием когнитивных и функциональных нарушений. Для подтверждения диагноза необходима тщательная и всесторонняя клиническая оценка. Важно дифференцировать БА с другими возможными причинами когнитивных расстройств, в том числе делирием и сосудистой деменцией.

У пациентов с БА и другими видами деменции развивается множественный когнитивный дефицит, включающий расстройства памяти, сниженную способность к запоминанию новой и/или воспроизведению ранее усвоенной информации. Также у пациентов, как правило, развивается, по меньшей мере, одно из следующих когнитивных нарушений: афазия (расстройство речи), апраксия (нарушение произвольных движений при сохранности моторных функций), агнозия (нарушение способности узнавать и определять информацию при сохранении чувствительности) и нарушение исполнительных

функций (способность к планированию, организации, упорядоченным действиям, обобщению и т.д.). Кроме того, БА и другие виды деменции могут сочетаться с другими заболеваниями или физическими повреждениями и/или осложняться сопутствующими поведенческими расстройствами, такими как биполярное аффективное расстройство, большое депрессивное расстройство или шизофрения.

Ведение пациентов с деменцией

При ведении пациентов с БА и другими видами деменции важно применять мультимодальный подход, который включает скоординированность ухода и сотрудничество со всеми лицами, принимающими участие в лечении пациента, в том числе специалистами по коррекции поведенческих расстройств и/или другими клиницистами. Пациенты, у которых БА сочетается с острой психиатрической патологией, могут нуждаться в более частом осмотре (от одного раза на месяц до одного раза в неделю); в то время как пациенты, не демонстрирующие потенциально опасных симптомов, могут наблюдаться реже (каждые 3-6 месяцев).

Очень важно включить в план лечения участие семьи пациента и лиц, осуществляющих уход за ним, провести с ними беседу о БА, о возможном возникновении стрессовых ситуаций и наличии социальных служб поддержки. Очень важно определить, может ли пациент оставаться без присмотра и/или безопасно управлять транспортным средством, а также выявить возможное неправильное с ним обращение и/или пренебрежение его потребностями.

Потенциальностораживающие признаки у пациентов с БА и другими видами деменции, требующие терапевтического вмешательства, включают:

- Любое значительное или внезапное изменение в психическом статусе пациента (например, появление саморазрушающего и/или агрессивного поведения) является основанием для консультации специалиста по коррекции поведенческих расстройств, а также может требовать неотложной медицинской помощи, включая госпитализацию.
- Может возникнуть необходимость в госпитализации пациентов с коморбидными депрессивными расстройствами и повышенным риском суицида; пациенты с сопутствующим злоупотреблением алкоголя и/или другими веществами могут нуждаться в детоксикационной терапии.
- Дополнительные поддержка, присмотр или уход могут понадобиться пациентам, у которых появляются более тяжелые когнитивные нарушения: потеря чувства самосохранения и ориентации, вследствие чего больной может заблудиться или подвергнуть себя риску; неспособность к самообслуживанию; вероятность того, что пациент оставит без присмотра работающую домашнюю технику (например, плиту) или не способен безопасно управлять автомобилем.

Эффективное лечение

Для разработки эффективного плана лечения необходимы комплексная оценка и индивидуальный подход к каждому пациенту. Кроме того, как упоминалось ранее, следует определить, есть ли сопутствующая психиатрическая и/или общесоматическая патология, которая может осложнить течение деменции.

Полная клиническая оценка состояния пациента с БА включает:

- Сбор подробного анамнеза медицинской истории пациента, включая недавно перенесенные заболевания и прием препаратов.
- Осмотр психиатром с акцентом на когнитивные функции, такие как внимание, память, речь, зрительно-пространственная ориентация.
- Время начала заболевания и возможная причина начала деменции, кроме БА.
- Опрос семьи пациента и лиц, осуществляющих уход за ним, для получения точной картины его симптоматики.
- Скоординированность ухода и сотрудничество со специалистами по коррекции поведенческих расстройств и/или другими клиницистами.
- План лечения пациента обязательно должен учитывать степень его когнитивных, функциональных, поведенческих и психических расстройств.

Пациентов с БА, как правило, разделяют на три категории:

А. С минимальными нарушениями:

- не запоминают недавние события;
- с трудом дают определение простым вещам;
- по несколько раз задают один вопрос;
- легко могут заблудиться;
- теряют интерес к занятиям, которые раньше любили;
- чаще обычного теряют вещи;
- страдают изменением личности;
- становятся тревожными и/или депрессивными.

В. С нарушениями средней тяжести:

- с трудом передеваются;
- забывают о ежедневных потребностях (бриться/принимать душ);
- чаще спорят;
- выдают желаемое за действительное;
- часто бродят по ночам;
- нуждаются в постоянном присмотре;
- не справляются с элементами повседневной деятельности (мытьё посуды или сервировка стола).

С. С тяжелыми или глубокими нарушениями:

- с трудом принимают пищу;
- с трудом говорят или не говорят вообще;
- не узнают родственников и знакомых;
- страдают от недержания мочи;
- с трудом передвигаются.

Психофармакологическое лечение

Целью психофармакологического лечения пациента с БА является возможность замедлить прогрессирование у него когнитивных и функциональных нарушений. В числе препаратов, одобренных Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) для симптоматического лечения БА легкой и средней степени тяжести, находятся ингибиторы холинэстеразы: донепезил, галантамин, ривастигмин и такрин. Мемантин (N-метил-D-аспартат) был одобрен FDA для симптоматического лечения средней степени и тяжелой БА.

Дополнительная терапия может применяться для коррекции сопутствующей депрессии, психоза, возбуждения и/или нарушений сна. При назначении психофармакологического лечения важно учитывать возраст пациента, медицинские противопоказания и другие лекарственные средства, которые он принимает. Как правило, у пациентов старшей возрастной группы снижен почечный клиренс и замедлен печеночный метаболизм. Таким образом, целесообразно начинать прием нового препарата с небольшой дозы и постепенно ее увеличивать, избегать полипрагмазии, где это возможно, а также применять назначенный препарат, не заменяя его на другой, достаточно длительно, чтобы обнаружить терапевтический ответ или возможные побочные явления со стороны экстрапирамидной системы.

Подготовила Лариса Калашиник

Оригинальный текст документа читайте на сайте www.psychiatry.org



Н.Ю. Бачинская – невролог, д. мед. н., профессор, заведующая отделом клинической физиологии и патологии нервной системы ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», член Ассоциации по проблемам болезни Альцгеймера (Украина)



В.А. Холин – с. н. с. отдела клинической физиологии и патологии нервной системы ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», вице-президент Ассоциации по проблемам болезни Альцгеймера (Украина)

С увеличением количества пожилых людей в мире и в Украине, в частности, проблема нейродегенеративной патологии центральной нервной системы становится одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем. По данным полученным в Институте геронтологии НАМН Украины, до 10% людей старше 65 лет могут иметь ту или иную форму деменции (старческого слабоумия). В то же время количество учтенных диагнозов данной патологии в десятки раз меньше, чем количество реально больных людей.

Основной причиной развития слабоумия у людей старшего возраста является болезнь Альцгеймера (БА), сосудистая деменция и их комбинации.

Проблема диагностики старческого слабоумия и БА в частности, обусловлена в первую очередь тем, что большинство людей

ошибочно полагают, что снижение познавательных функций, в первую очередь памяти на недавние события, есть естественным проявлением старения и не заслуживают особого внимания. Это приводит к тому, что БА не распознается на стадии мягкой деменции, поскольку, как правило, ее симптомы развиваются постепенно. Таким образом, больные остаются без лечения на стадии, когда от фармакотерапии можно ожидать относительно хороших результатов. Часто пациенты попадают в поле зрения врачей после присоединения так называемых нейропсихиатрических симптомов: агитации, появления бредовых идей, нарушения поведения. Важно понимать, что «стоимость» данной патологии для общества в целом очень велика и заключается не только в прямых расходах (лечение, госпитализация), но и гораздо более значительно непрямым затратах, связанных с оказанием ухода за такими пациентами и потерями экономики от времени, которое затрачивается преимущественно родственниками (опекунами) на присмотр за больным (иногда 24-часового). Все это делает для Украины проблему менеджмента деменции одной из наиболее актуальных.

В настоящее время на этапе разработки находится национальное руководство и протокол по лечению БА и других форм деменций, в которых будут подробно изложены подходы к диагностике и лечению данной патологии в Украине. С учетом того, что большое внимание в современной украинской медицине уделяется роли семейных врачей, предполагается, что они во многом будут ответственны за скрининг когнитивных нарушений и первичную оценку больных с деменцией. Для этого могут быть использованы различные нейропсихологические инструменты, например скрининговый тест для выявления деменции (Mini-Cog), краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA). Данные тестовые инструменты позволяют не только качественно оценить наличие/отсутствие патологии но и количественно оценить ее степень выраженности (при использовании MMSE и MoCA теста). Предполагается, что последующие диагностические/дифференциально-диагностические и лечебные процедуры будут осуществляться врачами неврологами/психиатрами, после чего пациенты смогут оставаться под наблюдением семейных врачей. Целесообразно будет проведение повторных консультаций больных узкими специалистами один раз в 3-6 месяцев (при необходимости – чаще). Важная роль в ведении пациентов с данным

заболеванием отводится организации социальной и юридической поддержке. С учетом характера и длительности деменции, в медицинской помощи могут нуждаться не только пациенты, но и их родственники (опекуны), непосредственно вовлеченные в уход за больным, поскольку у них очень часто возникают тревожно-депрессивные симптомы, синдром выгорания, а также ухудшается соматическое здоровье.

В настоящее время в нашей стране на рынке присутствуют все основные группы фармакологических препаратов, используемых для лечения деменции в мире: ингибиторы ацетилхолинэстеразы (донепезил, ривастигмин, галантамин) и антагонист NMDA-рецепторов (мемантин). Данные препараты являются базисными (основными) препаратами для лечения деменции. При необходимости лечения психопатологических симптомов, сопровождающих деменцию, используют антидепрессанты и нейрорепетики. В качестве дополнительной терапии могут быть использованы и другие группы лекарственных средств, но при обязательном использовании базисных препаратов. В лечении деменции следует придерживаться тактики лечения изложенной в национальном руководстве и протоколе и избегать полипрагмазии, поскольку пожилые пациенты являются достаточно уязвимой группой больных в отношении развития побочных реакций на лекарственные средства. Кроме того, следует учитывать спектр противопоказаний и рекомендаций относительно осторожного применения препаратов. Так, при использовании ингибиторов ацетилхолинэстеразы возможно нарушение ритма сердца (брадикардия, синдром слабости синусового узла), а в случае с мемантином – снижение уровня клиренса креатинина (в таких случаях необходимо уменьшить максимальную дозу в 2 раза). Следует внимательно относиться к мониторингу состояния сердца при назначении нейрорепетиков, регулярно оценивать показания ЭКГ, в особенности интервал QT (не должен превышать 450 мс у мужчин и 470 мс у женщин).

Уже более 20 лет существует научно-медицинский центр по изучению проблем связанных с БА и других форм деменции на базе отдела возрастной физиологии и патологии нервной системы Института геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева Национальной академии медицинских наук Украины в Киеве. Сотрудники отдела будут рады оказать консультативную помощь коллегам, а также помощь больным и их родственникам.

Подготовила **Татьяна Ильницкая**