

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 теряют способность выполнять повседневные функции и нуждаются в постоянном уходе и присмотре. Применяемые терапевтические подходы направлены на оптимальное использование сохраняющихся функциональных возможностей мозговых структур.

Вашему вниманию представлен краткий обзор практического руководства Американской психиатрической ассоциации (АРА, 2015) 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 потребовать 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 дезинтоксикационной терапии.
- Дополнительная 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 выявление возможной причины 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:

A. 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 переоддеваются;
- 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 полипрагматии, 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*