



## Актуальні питання геронтології

### Надання допомоги особам з когнітивними розладами

У 2016 р. у керівництво Національного інституту здоров'я і клінічного вдосконалення Великобританії (NICE) було внесено корективи щодо ведення пацієнтів з деменцією, відповідно до яких найпершим кроком має бути отримання інформованої усвідомленої згоди. Важливим етапом є врахування даних пацієнтів: статі, віку, обмеженої здатності до сприйняття інформації та фізичного пересування, мовного бар'єра, потреб, пов'язаних з релігійними переконаннями, режиму харчування та можливих ускладнень, що пов'язані із задоволенням фізіологічних потреб. Вказані індивідуальні особливості мають бути внесені в реабілітаційний план допомоги хворого.

Основою сучасного менеджменту осіб з деменцією є проведення первинної профілактики захворювання. Тому дуже важливим є раннє виявлення осіб, схильних до когнітивних порушень, оцінка факторів ризику та проведення превентивних заходів. Згідно з рекомендаціями, факторами, що впливають на розвиток деменції є:

- відсутність скринінгу когнітивних функцій цільової аудиторії населення;
- паління, надмірне вживання алкоголю, зайва вага, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія та дисбаланс ліпідного обміну;
- обтяжений генетичною етіологією сімейний анамнез.

Ефективним засобом для запобігання розвитку деменції вважається прийом статинів, вітаміну Е, нестероїдних протизапальних препаратів або замісна гормональна терапія.

Свого часу вітамін Е (альфа-токоферол) був запропонований як засіб, що може зупинити прогресування хвороби Альцгеймера завдяки своїм антиоксидантним властивостям (Luchsinger et al., 2003). Однак жодних переконливих доказів його ефективності при деменції так і не було виявлено, водночас наявні дані щодо зростання летальних випадків при тривалому застосуванні високих доз вітаміну (Navarro et al., 2011). Саме тому розробники керівництва наголошують, що вищевказаний препарат не може застосовуватись

у первинній ланці профілактики деменції, а має призначатись лікарем лише за необхідності.

З метою вторинної профілактики деменції рекомендовано спостереження та лікування серцево-судинних захворювань, а також зменшення чи виключення дії факторів ризику деменції.

На етапі надання первинної медичної допомоги сімейними лікарями дуже важливим є раннє виявлення ознак помірних когнітивних порушень та направлення таких осіб до спеціалістів вузького профілю. Особливу увагу необхідно приділити пацієнтам, які перенесли інсульт, мають неврологічні порушення або страждають на хворобу Паркінсона.

Допомога особам з деменцією може надаватися на кількох рівнях: сімейним лікарем, у спеціалізованих та неспеціалізованих закладах денного перебування, в лікарнях загального профілю, у спеціалізованих службах допомоги особам з психічними розладами, в закладах надання паліативної допомоги. Крім того, можливе дистанційне спостереження, а також систематичне відвідування пацієнта вдома представниками соціальних служб.

Під час надання допомоги особам з деменцією важливо адекватно оцінити та спрогнозувати їх поведінку (можливу агресію чи раптове збудження). Основна мета паліативної допомоги – це підвищення якості життя пацієнтів та задоволення їх фізичних, психологічних та духовних потреб.

### Антитромботична та антиагрегантна терапія при когнітивних розладах

Серед усіх деменцій вагоме місце займають деменції судинного генезу, тому профілактика васкулярних змін є вкрай необхідною для цієї категорії пацієнтів. Спостереження та лікування судинних розладів є однією з ланок профілактики когнітивних порушень в цілому. Так, в рекомендаціях Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS) підкреслюється необхідність контролю судинних факторів ризику, що включає антиагрегантну та антитромботичну терапію, яка має проводитись не лише серед осіб із судинною деменцією, але й у пацієнтів з деменціями іншого генезу. Варто пам'ятати,

що наявність судинних факторів ризику, допомагає своєчасно запобігти зниженню когнітивних функцій у похилому віці, навіть за відсутності будь-яких попередніх даних про когнітивний дефіцит.

З метою антиагрегантної дії рекомендоване застосування невеликих доз ацетилсаліцилової кислоти. Так, пацієнтам з діагнозом судинної деменції лікарі досить часто призначають аспірин. За даними опитування британських геріатрів та психіатрів, цей препарат у 80% випадків призначають пацієнтам з клінічним діагнозом когнітивних розладів судинного генезу. Аспірин в дозі 75-300 мг/добу призводить до незворотного інгібування циклооксигенази-1 (ЦОГ-1), яка бере участь в синтезі тромбоксану A<sub>2</sub>, що призводить до зменшення агрегації тромбоцитів та вазодилатації. Таким чином, відповідно до зазначеного механізму дії, аспірин у невеликих дозах покращує периферичний кровообіг та попереджає тромбоемболічні порушення.

Однак під час застосування високих доз ацетилсаліцилової кислоти (1,2-3,6 г/добу) спостерігається протилежна реакція. Протизапальний, знеболювальний та антипіретичний ефект реалізуються шляхом впливу на ЦОГ-2, яка перетворює арахідонову кислоту на простогландини, знижуючи таким чином їх синтез. Також, можливе виникнення побічної дії у вигляді гастриту, чого не відбувається при прийомі препарату у менших дозах. Що стосується судин, то протизапальна дія реалізується шляхом вазоконстрикції.

Отже, при застосуванні різних доз ацетилсаліцилової кислоти задіяні й різні механізми дії препарату. Прийом невеликих доз аспірину вважається ефективним та безпечним (Balakumar et al., 2014).

Згідно з результатами дослідження Diener et al. (1996), яке тривало протягом двох років (n = 6600), була продемонстрована ефективність аспірину в дозі 50 мг/добу чи дигідродигідрату в дозі 400 мг/добу в зниженому ризику судинних катастроф та кращому когнітивному рівні пацієнтів. Однак дані дослідження Hans-Christoph Diener et al. (2008), в якому брали участь особи з когнітивним дефіцитом та судинними ускладненнями (n = 20 000), показали протилежні результати. Хворі були розділені на групи прийому препарату: аспірину (25 мг/добу), дигідродигідрату (200 мг/добу 2 рази на день), клопидогрелю (75 мг/добу), телмісартану (80 мг/добу) та плацебо. Відповідно до отриманих даних, відмічалась ефективність щодо судинних захворювань, проте не було помічено ефективності стосовно когнітивних функцій.

На думку багатьох клініцистів, застосування антиагрегантів та антикоагулянтів на ранніх етапах терапії є беззаперечно необхідним підходом у лікуванні не лише судинних захворювань, а й когнітивних порушень.

На основі аналітичного огляду результатів численних досліджень щодо деменцій, група провідних вчених (AHA, ASA, 2011) дійшла висновку, що зміни нейроваскулярної взаємодії відіграють ключову роль не лише в когнітивному зниженні судинного генезу, а й у розвитку хвороби Альцгеймера. Нейроваскулярний блок є головною мішенню шкідливих факторів, а їх дисфункція підвищує сприйнятливості клітин головного мозку до пошкодження, що призводить до погіршення мозкового кровообігу, порушення функції гематоенцефалічного бар'єра,

погіршення трофіки та порушення системи відновлення клітин. Отже, зважаючи на механізм нейроваскулярних змін, стає очевидною важливість використання комплексного підходу в лікуванні когнітивного дефіциту із залученням антиагрегантної та антитромботичної терапії.

### Проблеми доглядача

Зниження когнітивного рівня вимагає уваги як лікарів, так і рідних пацієнта. В керівництві NICE виділено окремий розділ, в якому розглядаються проблеми осіб, що доглядають за хворими з деменцією.

Як відомо, найчастіше доглядачами за хворими стають їхні члени сім'ї, яких часто називають «невидимим другим пацієнтом». Проте саме вони відіграють вирішальну роль у процесі покращення якості надання допомоги хворим на деменцію. Особи, що здійснюють догляд, досить часто мають високе фізичне та психологічне навантаження, зазнають соціальної ізоляції, часто мають поганий стан фізичного здоров'я, фінансові та інші труднощі. За даними численних досліджень, догляд за людиною, що страждає деменцією, більш обтяжливий, ніж догляд за особою з фізичними вадами (Ory et al., 1999). Тому обов'язковими втручаннями щодо опікунів є індивідуальні чи групові психоосвітні заходи, які спрямовані на пояснення природи захворювання, поведінки та емоційно-підтримуючої психотерапії доглядача.

У 2017 р. О.М. Мишаківська захистила кандидатську дисертацію на тему «Паліативна допомога хворим на деменцію у позалікарняних умовах». У вказаній роботі автор представила алгоритм надання паліативної допомоги для корекції поведінкових та психічних розладів у пацієнтів з деменцією у позалікарняних умовах, а також вивчала тягар опіки доглядача. Так, опікуни, які доглядають за хворими, часто перебувають у розпачі, депресії, відчувають надмірну втому та виснаження, у них спостерігається зниження продуктивності та якості праці. Цікавим виявився взаємозв'язок між клінічними симптомами у пацієнтів з деменцією і рівнем дистресу доглядача та тягарем опіки: в амбулаторних пацієнтів зі зниженням вираженості клінічних симптомів, знижується і дистрес доглядачів; у стаціонарних пацієнтів разом зі зростанням вираженості клінічних симптомів зростає і дистрес доглядачів. Автор пояснила цю залежність в амбулаторній групі редукацією більшості домінуючих супутніх з деменцією клінічних симптомів. Тобто у випадку надання амбулаторної допомоги пацієнтам з деменцією можливо досягти зниження дистресу доглядача шляхом лікування супутніх при деменції клінічних симптомів. Протягом періоду спостереження тягар опіки доглядачів за хворими з деменцією в амбулаторних умовах не змінювався, більшість доглядачів відчували помірний тягар опіки, або не відчували його взагалі. На думку автора, вдосконалити надання геріатричної допомоги в Україні можна шляхом створення центрів денного догляду, оскільки їх утримання є менш витратним у порівнянні зі стаціонарними медичними закладами та потребує меншого залучення професійного ресурсу. Такий підхід дозволить пацієнтам з деменцією триваліше проживати у громаді, уникати соціальної ізоляції, а доглядачам підтримувати звичне соціальне та професійне життя.