РЕКОМЕНДАЦИИ по ведению пациентов с деменцией

Деменция является наиболее распространенным нейродегенеративным заболеванием и представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения во всем мире. Прогрессирующее течение данной патологии оказывает негативное влияние на здоровье человека и накладывает значительное социально-экономическое бремя как на пациентов, так и на лиц, ухаживающих за ними. Ранняя диагностика позволяет своевременно начать фармакологические и нефармакологические интервенции для стабилизации состояния больного и снизить нагрузку на лиц, осуществляющих уход. Помощь пациентам с деменцией должна носить всесторонний характер. Вашему вниманию представлен раздел клинических рекомендаций, разработанных рабочей группой Министерства здравоохранения Сингапура (MOH Singapore, 2013), в котором освещены диагностические критерии, аспекты ведения пациентов на разных стадиях деменции, а также уделено внимание этическим и юридическим вопросам.

Диагностика

К категории людей, которым необходимо провести скрининг с целью диагностики деменции, относят лиц с жалобами на прогрессирующие когнитивные и поведенческие нарушения, а также пациентов, у которых врач или лицо, обслуживающее больного, заподозрили наличие деменции (*степень рекомендации C, уровень доказательности 2+*).

Диагностику деменции следует проводить с помощью комплексной оценки, что позволяет диагностировать данное расстройство на ранних стадиях, оценить степень осложнений и установить причину слабоумия (*GPP*). У лиц с подозрением на когнитивные нарушения диагноз целесообразно устанавливать с использованием критериев DSM-IV, а также достоверных данных, собранных у лиц, ухаживающих за больным. Кроме того, диагноз должен подтверждаться объективными результатами теста на определение когнитивных нарушений у постели больного и/или данными нейропсихологического тестирования (*степень рекомендации B, уровень доказательности 2++*). Параллельно необходимо оценивать наличие симптомов депрессии (*степень рекомендации D, уровень доказательности 4*).

Проявления деменции в целом можно разделить на поведенческие и психологические симптомы, а также снижение общего и социального функционирования. Скрининг данных нарушений должен быть проведен у всех пациентов с деменцией, поскольку именно они накладывают тяжелое бремя на лиц, оказывающих уход за больными. Также это позволит врачу скорректировать дальнейшее ведение таких пациентов (*степень рекомендации B, уровень доказательности 2++*).

В условиях клиники врач должен регулярно проводить мониторинг симптомов депрессии, тревоги, ажитации, паранойи, наличия галлюцинаций и нарушений сна, поскольку они достаточно хорошо поддаются лечению, путем психосоциальных вмешательств или назначения фармакологических средств (*GPP*). Для исключения потенциально обратимых причин деменции и выбора соответствующих стратегий терапии для необратимых причин деменции необходимо определить этиологию развившегося состояния с помощью истории болезни и физикального обследования, с последующими лабораторными и нейровизуализационными исследованиями (*степень рекомендации D, уровень доказательности 4*).

Исследования на нейросифилис следует проводить у пациентов с ранним началом деменции, у лиц с болезнями, передающимися половым путем, в анамнезе, а также у больных с психоневрологическими синдромами (*GPP*).

Диагноз определенного типа деменции должен быть поставлен на основании клинических критериев, которые помогут в верификации ее типов, таких как болезнь Альцгеймера (БА), сосудистая деменция, деменция с тельцами Леви, деменция при болезни Паркинсона и фронтотемпоральная деменция (*степень рекомендации B, уровень доказательности 2++*).

Для того чтобы пациент и члены семьи адекватно восприняли информацию о диагнозе, оглашение должно быть выполнено в деликатной форме, а также необходимо дать время больному и его родственникам смириться с установленным диагнозом (*степень рекомендации D, уровень доказательности 4*).

Для клинической оценки деменции не следует рутинно применять генетическое тестирование (*GPP*). Тест на наличие гена аполипопротеина Е не рекомендован для рутинного использования с целью постановки диагноза и снижения риска развития деменции (*степень рекомендации B, уровень доказательности 2++*).

Уровни доказательности и степени рекомендаций приведены в таблице.

Таблица. Уровни доказательности и степени рекомендаций

Уровни доказательности	
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском предвзятости
1+	Хорошо выполненные матаанализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с низким риском предвзятости
1-	Матаанализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с высоким риском предвзятости
2++	Систематические обзоры высокого качества когортных испытаний или исследований случай/контроль Систематические обзоры исследований случай/контроль высокого качества либо когортных наблюдений с очень низким риском предвзятости или помех и высокой вероятностью причинно-следственной связи
2+	Хорошо проведенные исследования случай/контроль либо когортные наблюдения с низким риском предвзятости или помех и умеренной вероятностью причинно-следственной связи
2-	Исследования случай/контроль либо когортные испытания с высоким риском предвзятости или помех и значительным риском отсутствия причинно-следственной связи
3	Неаналитические исследования, например сообщения о случае, серии случаев
4	Экспертное мнение
Степени рекомендаций	
A	Как минимум, один метаанализ, систематический обзор РКИ или РКИ с рейтингом 1++, непосредственно применимых в целевой группе *или* Большинство доказательств составляют исследования, в основном, с рейтингом 1++, непосредственно применимых в целевой группе с продемонстрированным постоянством результатов
B	Большинство доказательств составляют исследования, в основном, с рейтингом 2++, непосредственно применимых в целевой группе с продемонстрированным постоянством результатов *или* Экстраполированные доказательства исследований с рейтингом 1++ либо 1+
C	Большинство доказательств составляют исследования, в основном, с рейтингом 2+, непосредственно применимых в целевой группе с продемонстрированным постоянством результатов *или* Экстраполированные доказательства исследований с рейтингом 2++
D	Уровень доказательности 3 или 4 *или* Экстраполированные доказательства исследований с рейтингом 2+
Принципы надлежащей практики	
GPP	Рекомендовано на основе надлежащей практики, опираясь на клинический опыт группы разработчиков руководства

Фармакологическое ведение пациентов с деменцией

Фармакотерапия должна быть составляющей многоцелевой стратегии ведения пациентов с деменцией, которая включает обоснование диагноза с применением необходимых для конкретной стадии болезни интервенций, таких как общеобразовательные программы для пациентов и лиц, осуществляющих уход, а также нефармакологические и комплексные психосоциальные вмешательства (*GPP*). Однако фармакотерапию не следует использовать как единственный метод в лечении деменции, а сочетать с немедикаментозными стратегиями, включая образовательные программы и консультирование пациента и лиц, ухаживающих за ним (*GPP*).

Больных деменцией целесообразно обследовать на наличие сопутствующих обратимых расстройств, таких как депрессия, дефицит витамина B_{12} и гипотиреоз, а также факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с последующим назначением соответствующего лечения (*GPP*).

Рекомендации по использованию усилителей когнитивных функций основаны, как правило, на данных клинических испытаний продолжительностью до 1 года. Более длительное их применение должно обсуждаться с пациентом и лицами, осуществляющими уход, с учетом эффективности проводимого лечения и потребностей больного (*GPP*).

Ингибиторы ацетилхолинэстеразы (иАХЭ), такие как донепезил, галантамин и ривастигмин, следует использовать для лечения пациентов с легкой и умеренной стадией БА (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1++*). Помимо этого, применение данных препаратов может быть рассмотрено для ведения лиц со средней и тяжелой стадией БА (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*). При хорошей переносимости дозу иАХЭ следует титровать до рекомендуемых дозировок (донепезил – 5-10 мг/сут; галантамин – 16-24 мг/сут; ривастигмин пероральный – 6-12 мг/сут, трансдермальный – 4,6-9,5 мг/сут) с целью достижения выраженного терапевтического эффекта (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1++*).

В качестве монотерапии, а также в комбинации с иАХЭ у пациентов с умеренной и тяжелой стадией БА рекомендуются антагонисты глутаматных N-метил-D-аспартатных (NMDA) рецепторов, к примеру мемантин (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*). Кроме того, антагонисты NMDA-рецепторов можно рассматривать для лечения больных с легкой и умеренной стадией БА, если терапия иАХЭ противопоказана, плохо переносится или заболевание прогрессирует, несмотря на адекватно подобранную дозу (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*).

Учитывая клинические преимущества, иАХЭ и антагонисты NMDA-рецепторов (мемантин) целесообразно назначать пациентам с легкой и умеренной стадией сосудистой деменции (*степень рекомендации А, уровень доказательности 1+*). Всем лицам с данной патологией рекомендуется лечение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и изменение образа жизни, включая здоровое питание и регулярные физические нагрузки (*GPP*). В дополнение, иАХЭ могут рассматриваться для купирования когнитивных и поведенческих нарушений, связанных с деменцией при болезни Паркинсона (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*). Помимо этого, иАХЭ или антагонисты NMDA-рецепторов (мемантин) можно рекомендовать лицам с когнитивными и поведенческими симптомами, ассоциированными с деменцией с тельцами Леви (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) следует применять для управления поведенческими симптомами при фронтотемпоральной деменции (*степень рекомендации В, уровень доказательности 1+*).

Антагонисты NMDA-рецепторов (мемантин) и иАХЭ могут быть рассмотрены для управления когнитивными и поведенческими симптомами при фронтотемпоральной деменции (*степень рекомендации B, уровень доказательности 2+*). Выбор иАХЭ должен быть основан на таких факторах, как опыт врача, переносимость, простота использования, а также индивидуальные особенности пациента (*GPP*).

Решение о назначении усилителей когнитивных функций, таких как иАХЭ или антагонисты NMDA-рецепторов (мемантин), необходимо принимать совместно с пациентом и его семьей с учетом ожидаемой пользы, побочных эффектов, сопутствующих заболеваний и затрат на лечение. При назначении данных препаратов следует внимательно изучать когнитивные функции, настроение и поведение больного в первые 3-6 месяцев после начала терапии, а затем не реже одного раза в год или по клиническим показаниям. (*GPP*) У пациентов, которые принимают иАХЭ, должен проводиться мониторинг побочных явлений, таких как тошнота, рвота, диарея, анорексия и брадикардия (*степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*).

Противовоспалительные средства (например, нестероидные противовоспалительные препараты и ингибиторы циклооксигеназы-2) не рекомендованы для профилактики когнитивных нарушений при БА (*степень рекомендации A, уровень доказательности 1++*). Преднизолон нецелесообразно применять для профилактики когнитивных нарушений при БА (*степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*). Кроме того, эстроген не должен быть использован для профилактики когнитивных расстройств у женщин с БА (*степень рекомендации A, уровень доказательности 1++*). Селегилин не рекомендован для лечения основных или сопутствующих симптомов при БА (*степень рекомендации A, уровень доказательности 1+*). В дополнение, высокие дозы витамина Е (свыше 400 МЕ/сут) не следует назначать для профилактики или терапии БА. Гинкго билоба не рекомендуется для рутинного использования в лечении деменции. (*Степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*) Что касается жирных кислот омега-3, не следует рутинно применять их для профилактики или терапии деменции. Назначение статинов не рекомендовано для профилактики или рутинного использования при деменции. (*Степень рекомендации A, уровень доказательности 1+*) Фолиевую кислоту и витамины группы В нецелесообразно применять для профилактики и лечения деменции при отсутствии авитаминоза (*степень рекомендации A, уровень доказательности 1++*). Прием розиглитазона не рекомендуется ни в качестве монотерапии, ни как дополнение к иАХЭ при легкой и умеренной стадии БА (*степень рекомендации A, уровень доказательности 1+*).

Мультифункциональные и индивидуальные интервенции со стороны лиц, осуществляющих уход за больными, должны быть рассмотрены для целостного оказания помощи пациентам с деменцией (*степень рекомендации A, уровень доказательности 1+*). В случае необходимости может быть предложен временный уход с целью облегчить бремя, накладываемое на лиц, ухаживающих за больными, страдающими данной патологией (*GPP*). У пациентов с деменцией возможно применение когнитивно-поведенческой терапии (*степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*).

Ведение пациентов с поведенческими и психологическими симптомами деменции

Работа над личностными характеристиками больного может использоваться в учреждениях по уходу за лицами с деменцией с целью снижения поведенческих и психологических симптомов (*степень рекомендации C, уровень доказательности 2+*). У таких пациентов возможно использование арт-терапии (*степень рекомендации D, уровень доказательности 3*) и реминисцентной терапии (*степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*).

Лицам с деменцией можно предложить принять участие в структурированных программах с физическими нагрузками для улучшения физического функционирования (*степень рекомендации C, уровень доказательности 2+*). Для улучшения поведенческих и психоневрологических симптомов больным, страдающим данным заболеванием, также может быть рекомендована музыкальная терапия (*степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*).

Не следует применять ароматерапию для снижения ажитации у лиц с БА, с этой целью может быть рекомендован массаж (*степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*). Помимо этого, нецелесообразно использовать мультисенсорную стимуляцию в уходе за пожилыми пациентами с деменцией (*степень рекомендации A, уровень доказательности 1+*).

Антидепрессанты могут быть рекомендованы для лечения сопутствующей депрессии у пациентов с деменцией с учетом их индивидуальных особенностей (*GPP*).

Для купирования поведенческих и психологических симптомов возможно применение антипсихотиков (АП) с учетом клинической целесообразности, а также если все немедикаментозные интервенции не дали желаемого результата (*степень рекомендации A, уровень доказательности 1++*). Потенциальные побочные эффекты и соотношение риск/польза вследствие приема АП должны обсуждаться с больными и/или лицами, оказывающими уход (*степень рекомендации B, уровень доказательности 2+*).

Рутинное использование стабилизаторов настроения, таких как карбамазепин и вальпроат натрия, не рекомендуется для лечения поведенческих симптомов, связанных с деменцией (*степень рекомендации A, уровень доказательности 1+*). Кроме того, подход к ведению пациентов с поведенческими проблемами должен быть индивидуальным. Прием иАХЭ можно рассматривать в лечении больных с поведенческими проблемами, если назначение АП неуместно. Решение о начале антипсихотической терапии с целью контроля поведенческих нарушений при деменции должно быть принято совместно с пациентом и его семьей после тщательного рассмотрения пользы, неблагоприятных эффектов и коморбидной патологии. (*GPP*)

Лицам с деменцией с тельцами Леви и поведенческими проблемами иАХЭ следует рекомендовать в первую очередь для управления поведенческими нарушениями (*степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*). Все пациенты, принимающие АП, должны находиться под тщательным наблюдением специалистов для своевременного выявления побочных эффектов и реакции на лечение. После стабилизации состояния необходимо рассмотреть отмену АП (*GPP*).

Алгоритм оказания помощи лицам с психоневрологическими симптомами при деменции представлен на рисунке.

Рисунок. Алгоритм оказания помощи пациентам с психоневрологическими симптомами при деменции

Этические и правовые аспекты деменции

Лица с деменцией относятся к категории больных, которым может быть рекомендовано оформление доверенности на медицинский уход (*GPP*).

Рутинное тестирование на наличие гена аполипопротеина Е не следует применять для диагностики и снижения риска развития деменции (*степень рекомендации B, уровень доказательности 2++*).

Решение относительно способности больного, страдающего деменцией, безопасно управлять автомобилем необходимо принимать только после полной систематической оценки его состояния. В случае если есть предположение, что пациент не сможет безопасно управлять транспортным средством, его следует направить на дообследование. (*Степень рекомендации D, уровень доказательности 4*)

При оглашении установленного диагноза деменции врач должен учитывать влияние информации на пациента и его семью (*GPP*).

Паллиативная помощь

Пациенты с глубокой деменцией должны быть обследованы на предмет наличия болевого синдрома и получать соответствующую терапию (*степень рекомендации B, уровень доказательности 1+*). С этой целью целесообразно использовать рекомендации по фармакологическому лечению боли у лиц с деменцией, так называемую лестницу обезболивания ВОЗ или руководство по купированию болевого синдрома Американского гериатрического общества (*степень рекомендации D, уровень доказательности 4*).

Принятие решения о назначении антибиотиков у больных глубокой деменцией должно быть строго индивидуальным, с учетом соотношения риска и пользы антибиотикотерапии (*степень рекомендации C, уровень доказательности 2+*).

При использовании зондового питания необходим индивидуальный подход к пациенту, принимая во внимание отсутствие доказательств его эффективности при глубокой деменции (*GPP*).

Перспективное планирование по уходу в связи с сердечно-легочной реанимацией следует поощрять, учитывая ее неблагоприятные исходы при глубокой деменции (*степень рекомендации D, уровень доказательности 2+*).

Деменция в молодом возрасте

Пациентам с деменцией в молодом возрасте для диагностики и управления их состоянием рекомендована помощь междисциплинарного уровня. В диагностике у таких больных следует использовать методы нейровизуализации и анализ спинномозговой жидкости. Лица, ухаживающие за пациентами с деменцией молодого возраста, должны получать необходимую консультативную информацию о течении болезни, доступ к общественным ресурсам, а также финансовую помощь. (*GPP*)

Общественные ресурсы

Лица, ухаживающие за пациентами с глубокой деменцией, должны иметь доступ к необходимой информации, а также общественным и медицинским ресурсам. Направление в организации дневного и кратковременного ухода следует рассматривать как часть комплексного плана оказания помощи пациентам с деменцией. (*Степень рекомендации B, уровень доказательности 2*)

Подготовила ***Татьяна Ильницкая***

Оригинальный текст документа читайте на сайте www.moh.gov.sg