ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ із деменцією: ключові положення щодо діагностики, лікування та догляду наприкінці життя

Деменція є захворюванням, що спричиняє тяжкий тягар як для самого пацієнта, так і для його родини та суспільства загалом. Більшість країн зосереджуються на таких аспектах розв'язання проблеми, як своєчасний скринінг, поліпшення якості догляду пацієнтів на всіх етапах хвороби, вдосконалення фармакотерапії та немедикаментозних методів лікування, надання паліативної допомоги тощо. До вашої уваги представлено огляд публікації C. Wang et al. «The management of dementia worldwide: a review on policy practices, clinical guidelines, end-of-life care, and challenge along with aging population», опублікованої у виданні Biosci Trends (2022 May 17; 16 (2): 119–129), яка присвячена згаданій проблемі.

На деменцію у світі страждають близько 50 млн осіб, і щорічно їх кількість зростає на 10 млн. Частка осіб із деменцією серед популяції віком ≥ 65 років становить 5–8 % (WHO, 2021). За прогнозом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 2030 року кількість пацієнтів із деменцією сягне 82 млн, а 2050 року — 152 млн. Відомо, що захворюваність на деменцію зростає з віком, а отже, саме зі збільшенням середньої тривалості життя. Деменція зумовлює тяжкий тягар для суспільства й призводить до втрати здоров'я. У списку захворювань, що чинять вплив на кількість років життя, скоригованих щодо інвалідності (DALY), на 2019 р. хвороба Альцгеймера (ХА) і деменція посідали 25-те місце (28,35 млн DALY). Серед топ-20 причин смерті вони на 7-му місці, спричиняючи приблизно 1,64 млн летальних випадків, що на 181 % більше, ніж 2000 року. Деменція зумовлює значний і фінансовий тягар, 2019 р. ці витрати у світі становили (у доларах США у дужках вказано частку загальних витрат): 1,3 трлн (0,76 % світового внутрішнього валового продукту), зокрема прямі медичні витрати — 213,2 млрд (16,2 %); прямі витрати соціального сектору — 448,7 млрд (34,2 %); витрати на догляд, здійснюваний близькими пацієнта, — 651,4 млрд (49,6 %) (WHO, 2021). Крім того, особам похилого віку притаманний високий рівень захворюваності на деменцію та швидкий її розвиток, що створює величезний тиск на глобальну систему охорони здоров'я та соціальної допомоги. Нині можливості лікування деменції на пізній стадії досить обмежені. C. Wang et al. упевнені, що представлений огляд міжнародного досвіду та узагальнення аспектів ведення пацієнтів із деменцією буде корисним для розуміння особливостей дементного стану, діагностування та лікування цього захворювання.

Загальна стратегія ведення пацієнтів із деменцією

Послуги пацієнтам із деменцією на всіх її стадіях

Наразі деменція є невиліковною, проте прогресування захворювання можна відстрочити та поліпшити якість життя пацієнта через надання цільових медичних послуг та медсестринського догляду. Від легких симптомів на ранній стадії до втрати здатності до самообслуговування на пізній особи з деменцією потребують інтеграції зусиль на всіх рівнях: сім'ї, громади, медзакладу, служб, що охоплюють профілактику, лікування та реабілітацію. Для характеристик прогресивного розвитку деменції ВООЗ запропонувала 7-етапну модель планування послуг із деменції (табл. 1).

Принципи та підходи до лікування деменції

У травні 2017 року ВООЗ опублікувала звіт «Глобальний план заходів громадської охорони здоров'я щодо деменції на 2017–2025 рр.». Його метою є заклик до 146 держав — членів ВООЗ — розробити відповідні стратегії, адаптовані до їхніх умов, до 2025 року (WHO, 2021).

Сьогоді навіть у деяких розвинених країнах деменція все ще лишається хворобою, яку не виявляють, не діагностують і не лікують. Опитування лікарів загальної практики у Великій Британії продемонструвало, що лише 20 % осіб пройшли обстеження когнітивної функції перед первинним скеруванням до спеціалізованих служб із лікування проблем із пам'яттю, із яких у 37 % зрештою було діагностовано деменцію (Fisher and Larner, 2007). Тому ранній скринінг на деменцію є дуже важливим. Після встановлення діагнозу пацієнти з деменцією та їхні сім'ї мають отримати доступ до безперервних послуг як у громаді, так і на рівні закладу охорони здоров'я. Ці послуги охоплюють усі аспекти лікування хвороби, від діагностики до догляду наприкінці життя.

Таблиця 1. Семиетапна модель планування послуг із лікування деменції

Етап	Послуга
Попередня діагностика	Поінформованість громадськості щодо симптомів захворювання та місць звернення по допомогу
Діагностика	Встановлення діагнозу
Постдіагностична підтримка	Інформація та підтримка для пацієнтів із деменцією та доглядальників Забезпечення можливості оптимального використання поточних обставин та планування майбутнього
Координація та керування доглядом*	Оцінювання та регулярне переоцінювання потреб осіб із деменцією Організація догляду пацієнтів із деменцією та підтримки доглядальників
Громадські послуги	Надання догляду вдома або в громадських установах, коли поведінкові та психологічні симптоми стають тяжчими
Постійний догляд	Необхідний постійний догляд, зокрема в стаціонарі
Паліативна допомога наприкінці життя	Постійний спеціальний догляд та підтримка наприкінці життя

Примітка. * Етап має тривати протягом усього процесу лікування деменції, від діагностики до паліативної допомоги.

Адаптовано згідно з Wang C. et al. «The management of dementia worldwide: a review on policy practices, clinical guidelines, end-of-life care, and challenge along with aging population» *Biosci Trends*. 2022 May 17. Vol. 16, № 2. P. 119–129.

Для досягнення кінцевої мети — відстрочення прогресування захворювання та поліпшення якості життя — деякі розвинені країни запровадили політику інтеграції постачальників послуг до установ та служб для спільного використання ресурсів і надання пацієнтм із деменцією та доглядальникам.

Діагностування та лікування деменції

Встановлення діагнозу

Виявлення деменції потребує анамнезу та когнітивного обстеження для попереднього визначення наявності, тяжкості та характеру когнітивного порушення. До інструментів скринінгу належать: Коротка шкала оцінювання психічного статусу (MMSE), чутливість і специфічність якої для визначення деменції в осіб похилого віку сягає понад 80 %; Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій (MoCA), що має кращу, ніж MMSE, чутливість і специфічність для визначення легких когнітивних порушень та ХА легкого ступеня (Nasreddine et al., 2005; Mitchell, 2009; Luis et al., 2009; Velayudhan et al., 2014).

Для діагностування деменції необхідні спеціалізовані тести. Є безліч клінічних класифікацій деменції, що базуються на виявленні дегенеративних / недегенеративних та патологічних змін, визначенні початку та прогресування недуги тощо. Класифікація за дегенеративними / недегенеративними ознаками вирізняє відповідні типи деменції. Зокрема, до захворювань дегенеративного типу належать ХА, деменція з тільцями Леві, хвороба Паркінсона з деменцією, лобно-скронева лобарна дегенерація тощо; недегенеративного — судинна деменція, гідроцефалія нормального тиску, деменція, спричинена іншими захворюваннями, як-от черепно-мозкові травми, інфекції, порушення імунітету, новоутворення, отруєння та метаболічні захворювання. Найпоширенішою є ХА, на яку припадає 50–70 % усіх типів деменції (Hugo and Ganguli, 2014).

Ґрунтується діагноз деменції на анамнезі та даних нейропсихологічних й інших клінічних обстежень, що підтверджують зниження розумових здібностей. Нині широко застосовують низку міжнародних настанов щодо різних класифікацій деменції.

На рисунку наведено алгоритм діагностування ХА згідно з 2-м розділом (Рекомендації з діагностування та лікування ХА), створених китайськими фахівцями настанов щодо діагностування та лікування деменції та когнітивних порушень (China Dementia and Cognitive Impairment Guidelines Writing Group et al., 2018).

Лікування

Загальною метою лікування деменції є затримка прогресування зниження когнітивних здібностей, зменшення ступеня цього зниження та пов'язаних із ним симптомів. Специфічне лікування залучає фармакотерапевтичні та немедикаментозні втручання. Управлінням із контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) схвалено шість препаратів для лікування ХА, які чинять певний ефект щодо поліпшення когнітивних здібностей, пам'яті, мислення тощо. Немедикаментозні втручання охоплюють когнітивні тренінги, музичну або арт-терапію, фізичні вправи, дієту тощо.

У створених японськими фахівцями рекомендаціях зазначено, що нефармакотерапевтичні втручання мають перевагу над медикаментозним лікуванням деменції з поведінковими та психологічними симптомами (Dementia Clinical Practice Guideline Development Committee, Japanese Society of Neurology, 2017).

Фармакотерапевтичні втручання

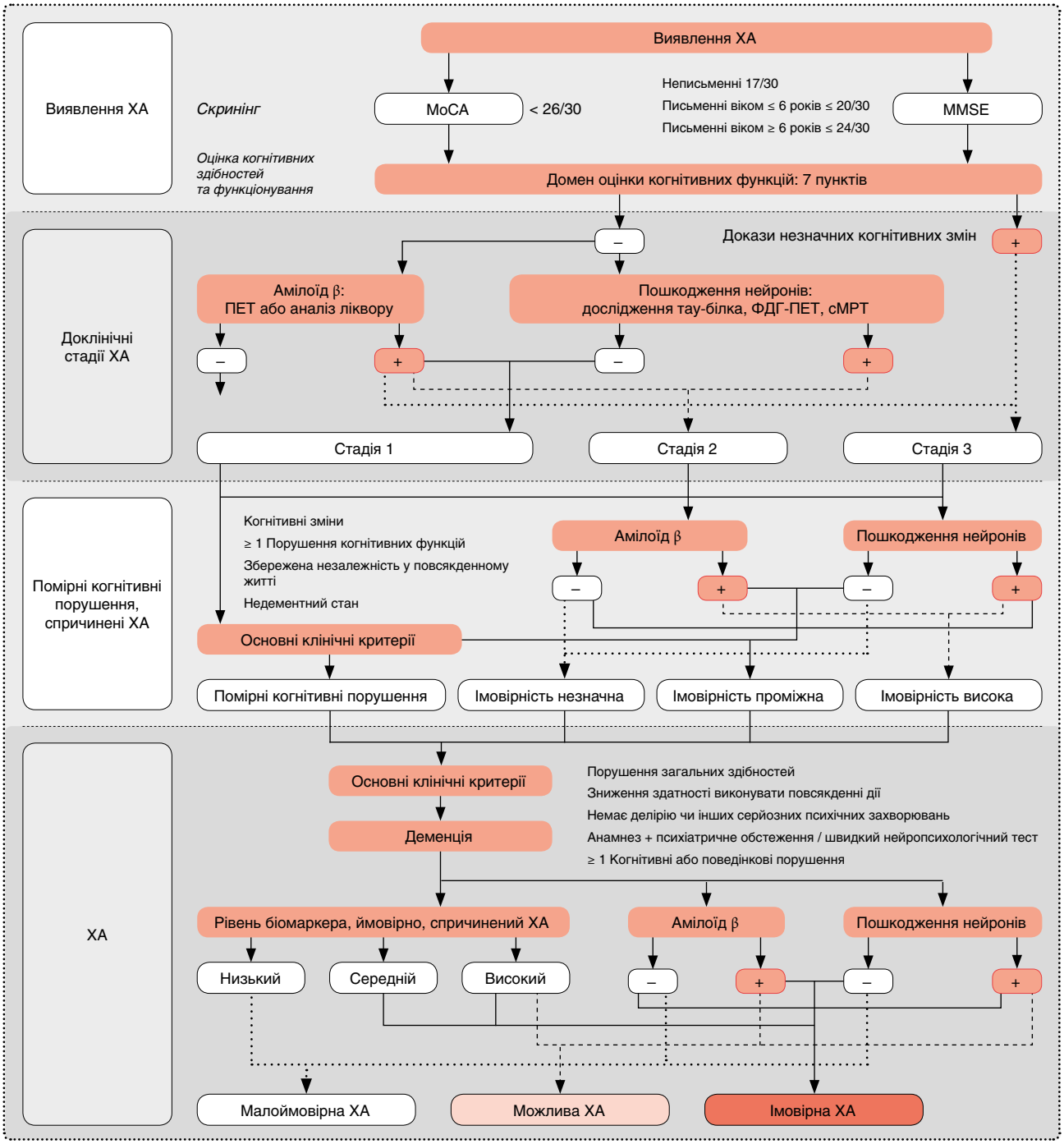
Наявні нині препарати не виліковують захворювання, проте можуть відстрочити клінічне погіршення, поліпшити когнітивні функції та допомогти зменшити ознаки втрати пам'яті та сплутаності свідомості (Alzheimer's Association / FDA, 2021).

Когнітивні, функціональні, нейропсихіатричні та поведінкові симптоми слід періодично переоцінювати на тлі застосування ліків, щоб контролювати прогресування захворювання та вносити корективи.

Рекомендації Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення клінічної практики Великої Британії (NICE) щодо порівняльного аналізу клінічної ефективності та фармакоекономічних аспектів застосування поширених препаратів для лікування ХА — «Донепезил, галантамін, ривастигмін і мемантин для лікування хвороби Альцгеймера» — уперше опубліковано 2011 року та кілька разів оновлені (NICE, 2022).

Того ж року було опубліковано 5-й розділ (Рекомендації з діагностування та лікування деменції) настанов китайських фахівців, а 2018-го — комплексне оновлення цих настанов, до яких додали рекомендації з діагностування та лікування ХА (Jia et al., 2011).

У таблиці 2 підсумовано настанови, створені у Великій Британії, США, Китаї та Японії. Інгібітори холінестерази (ІХЕ) зазвичай рекомендовано за легкої та помірної деменції, тоді як мемантин — за тяжкої деменції.



Примітки: ХА — хвороба Альцгеймера; ПЕТ — позитронно-емісійна комп'ютерна томографія; ФДГ-ПЕТ — ПЕТ із використанням радіофармпрепарату фтордезоксиглюкози; сМРТ — структурна магнітно-резонансна томографія; «-» — негативно / немає / невизначеність; «+»– позитивно.

Рисунок. Алгоритм діагностування та лікування деменції й когнітивних порушень

Адаптовано згідно з China Dementia and Cognitive Impairment Guidelines Writing Group et al. «Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dementia and Cognitive Impairment in China (2): Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Alzheimer's disease». *Natl Med J China*. 2018. Vol. 98. P. 971–977.

Комбінацію мемантину та донепезилу рекомендовано за тяжкої ХА у трьох країнах, за винятком Великої Британії.

Нефармакологічні втручання

Немедикаментозні втручання охоплюють когнітивні тренінги та такі дії, як читання, гра в шахи або канасту, арт- чи музикотерапію, ремінісцентну терапію, фізичні вправи, зокрема аеробні (ходьба, плавання) та анаеробні (важка атлетика) тощо.

Ці втручання можуть мати позитивний вплив на когнітивні та фізичні функції. Також рекомендовано вживати більше корисних для мозкової діяльності продуктів (горіхи, ягоди, зелені листові овочі, риба) або дотримуватися середземноморської дієти.

Проте, як зазначають дослідники, пацієнти з помірною та тяжкою деменцією можуть мати проблеми з когнітивними функціями, тому їм слід обмежити фізичну та соціальну діяльність, коли вони не в змозі ефективно та безпечно брати в ній участь.

Таблиця 2. Порівняння настанов щодо фармакотерапії ХА

Країна	Препарати	Оцінка клініко-економічної ефективності	Поліфармація
Настанови NICE (2022), Велика Британія	• ХА від легкої до середньої тяжкості: ІХЕ – донепезил, ривастигмін, галантамін • Тяжка ХА: антагоніст NMDA-рецептора – мемантин	Рекомендовано (у поєднанні з клінічною ефективністю та економічністю), щоб найкращим вибором серед ІХЕ були ліки з найнижчою ціною	Комбінацію мемантин + ІХЕ не рекомендовано
Настанови Alzheimer's Association / FDA (2021), США	• Гальмування клінічного погіршення: адуканумаб • Вплив на симптоми: – Когнітивні (пам'ять і мислення) · Усі стадії ХА – донепезил · Від легкої до середньої – ривастигмін, галантамін · Від середньої до тяжкої – мемантин, мемантин + донепезил – Некогнітивні симптоми (поведінкові та психологічні): суворексант	–	Комбінація «мемантин + ІХЕ донепезил» може бути варіантом лікування за ХА середньої тяжкості та тяжкої
Настанови китайських фахівців (Jia et al., 2011; China Dementia and Cognitive Impairment Guidelines Writing Group, 2018)	• ХА від легкої до середньої тяжкості: ІХЕ донепезил, ривастигмін, галантамін і гуперзин А • Тяжка ХА – мемантин • Допоміжні препарати: традиційна китайська медицина (екстракт гінкго білоба), церебропротеїновий гідролізат	Загалом на підставі клінічної ефективності препарату	• За ХА середньої тяжкості та тяжкої можна вибрати мемантин або комбінацію «мемантин + донепезил / ривастигмін» • Комбінація «ІХЕ + мемантин» особливо рекомендовано за тяжкої ХА з виразними психоповедінковими симптомами
Настанови японських фахівців (Dementia Clinical Practice Guideline Development Committee, Japanese Society of Neurology, 2017)	• ХА від легкої до середньої тяжкості: ІХЕ – донепезил, галантамін, ривастигмін • ХА від середньої тяжкості до тяжкої: антагоніст NMDA-рецепторів – мемантин, ІХЕ + мемантин, донепезил 5–10 мг	–	ІХЕ – комбінація «донепезил + мемантин» за тяжкої ХА

Примітки: ІХЕ — інгібітори холінестерази; NMDA — N-метил-D-аспартат.

Адаптовано згідно з Wang C. et al. «The management of dementia worldwide: a review on policy practices, clinical guidelines, end-of-life care, and challenge along with aging population» *Biosci Trends*. 2022 May 17, Vol. 16, № 2. P. 119–129.

Догляд наприкінці життя

На термінальній стадії захворювання пацієнти з деменцією потребують постійного догляду і паліативної допомоги (Peng and Wu, 2016). У деяких країнах, зокрема в Японії та Фінляндії, запроваджено програми комплексного оцінювання стану здоров'я і функцій осіб із деменцією та забезпечення їх якісною паліативною допомогою наприкінці життя (Nakanishi et al., 2016; Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2022). Європейськй Союз (ЄС) упродовж 2014–2019 рр. фінансував проєкт «Паліативна допомога для осіб похилого віку» (PACE), у межах якого паліативну допомогу в будинках престарілих і медзакладах країн ЄС оцінювали на трьох рівнях (Froggatt et al., 2017).

Макрорівень охоплював загальну політику, документи, стратегії, керівні принципи та законодавство. Наприклад, Національна стратегія догляду осіб похилого віку у Великій Британії (2018) пропонує надання паліативної допомоги в геріатричних будинках; закон «Про права пацієнтів і кінець життя», опублікований у Франції (2005), чітко визначає цілі паліативної допомоги.

Середній рівень:

- Заходи щодо підготовки та навчання, наприклад у Данії та Німеччині, вдосконалили навички надання паліативної допомоги персоналом особам похилого віку завдяки мультидисциплінарним програмам.
- Розширення спектра послуг і вдосконалення моделі обслуговування (в Ісландії запровадили програму «Liverpool Care Pathway» з надання паліативної допомоги, а в Швеції — реєстрацію таких послуг для забезпечення її регулярності та якості).
- Дослідження розвитку послуг із надання паліативної допомоги.

Мікрорівень фокусувався на визначенні частки геріатричних будинків, які надають паліативну допомогу. Так, в Австрії, Бельгії, Ірландії, Нідерландах, Швеції, Швейцарії та Великій Британії частка таких закладів є відносно високою.

Здійснені в межах PACE дослідження засвідчили, що затримка впровадження паліативної допомоги, на жаль, є досить поширеним явищем навіть у деяких країнах ЄС (Pivodic et al., 2018; Ten Koppel et al., 2019).

Підходи до розв'язання проблеми тягаря деменції в контексті старіння населення

Проблема старіння населення, а отже, й зростання захворюваності на деменцію, є актуальною для багатьох країн і може призвести до серйозних проблем у майбутньому. Нині простежується чимало прогалин та недоліків у наданні медичних послуг особам із деменцією, які слід якомога найшвидше подолати.

Забезпечення постійного, цілісного та комплексного догляду

За пропозицією Міжнародної асоціації фахівців із ХА (ADI), догляд осіб із деменцією має бути «безперервним, цілісним та інтегрованим». Тобто лікування, планування догляду та підтримка потреб мають бути безперервними протягом усього прогресування захворювання.

Комплексний (холістичний) підхід до догляду означає лікування «пацієнта загалом», а не окремих станів, органів чи систем, із пильною увагою до індивідуальних переваг і цінностей. Інтегрований догляд означає поєднання медичних і соціальних послуг на різних рівнях, які надаються різними постачальниками (ADI, 2022).

Власне, ВООЗ визначає «інтегрований догляд» як «концепцію об'єднання відповідних організацій, що інвестують, надають послуги і забезпечують управління, а також діагностику, лікування, догляд, реабілітацію та зміцнення здоров'я. Інтеграція є засобом поліпшення доступності послуг, якості обслуговування, задоволеності пацієнтів та належної ефективності» (Gröne et al., 2002).

Горизонтальна інтеграція — об'єднання різних систем у межах одного рівня послуг, наприклад медичних і соціальних; вертикальна інтеграція — взаємодія різних рівнів надання послуг або професійних рівнів, як-от послуги первинних, вторинних та третинних ланок медичної допомоги.

На думку авторів, через прогресуючий розвиток деменції надання безперервного, цілісного та інтегрованого обслуговування допоможе цій популяції підтримувати вищу якість життя.

Громадські служби та адміністративна підтримка

Нині політика довгострокового догляду осіб похилого віку в багатьох країнах і регіонах підтримує концепцію «старіння на місці», що означає життя вдома, у громаді та отримання при цьому всіх видів необхідних послуг (Brodaty and Cumming, 2010; Age In Place, 2022).

Як зазначають дослідники, пацієнти похилого віку з деменцією є вразливою групою з особливими потребами щодо обслуговування. Життя у звичному середовищі сприяє їхньому комфорту, підтримці функцій і водночас економить соціальні ресурси.

Автори рекомендацій також вважають, що слід зосереджуватися саме на низових підрозділах надання допомоги та зміцнювати відповідні служби. Зокрема, для літніх осіб групи високого ризику варто впроваджувати послуги раннього скринінгу та вживати належних заходів втручання.

Для пацієнтів із середньою стадією деменції та наприкінці життя пропонується створити групу міжпрофесійних послуг із надання фізичної допомоги та догляду, а також максимального захисту фізичного здоров'я та здатності літніх осіб до самообслуговування.

Підтримка доглядальників та матеріальні стимули

За даними досліджень, часто доглядальники пацієнтів із деменцією є членами їхніх сімей. Наприклад, у Китаї щоденний час догляду становить до 11 годин (Zhang, 2022; Zhang et al., 2022; Wang et al., 2022).

Але найчастіше пацієнтів доглядають їхні подружжя, які також є літніми особами, і тривалий період інтенсивного догляду є великим тягарем як для їхнього фізичного, так і психічного здоров'я. Відповідно до міжнародного досвіду, багато країн запровадили програми підтримки для доглядальників, залучаючи гарячі лінії допомоги та служби тимчасового відпочинку.

Так, за цими програмами передбачається:

1) що пріоритетом є підвищення обізнаності осіб, які здійснюють догляд, а також надання їм підтримки (курси, популяризація методів, пошук соціальних ресурсів);

2) створення гарячої лінії для осіб із деменцією та організація взаємодопомоги для підтримки оглядальників;

3) впровадження відповідних економічних стимулів для доглядальників;

4) вивчення можливості створення служб тимчасового перепочинку.

Посилення підтримки наприкінці життя

На термінальній стадії деменції брак послуг зумовлений такими аспектами: забагато втручань із незначною ефективністю (годування через зонд і лабораторні дослідження, використання обмежувальних заходів і внутрішньовенних препаратів) і недостатня результативність втручань (поганий контроль болю, зневоднення та недоїдання; емоційна та соціальна занедбаність). Є нагальна потреба в поліпшенні догляду за пацієнтами з деменцією наприкінці життя, зокрема для зменшення ажитації, лікування закрепів та болю, що можуть поліпшити якість життя та зменшити витрати (Wang et al., 2022).

Підтримка осіб із деменцією наприкінці життя охоплює не лише посилення паліативної допомоги, але й співпрацю з родиною і навчання як медичного персоналу, так і доглядальників (Lloyd-Williams and Payne, 2002; Arcand et al., 2009; Robert Bosch Stiftung, 2010).

Висновки

Підсумовуючи, автори зазначають, що узагальнення та порівняння стратегій та клінічних рекомендацій, пов'язаних із послугами щодо лікування деменції на всіх етапах, може допомогти вдосконалити чинні підходи до її лікування. Крім того, узагальнено алгоритм діагностування ХА; наведено порівняння ефективності препаратів для її лікування з метою надання клініцистам найновішої інформації. Серед основних проблем лікування деменції — серйозні недоліки щодо раннього її скринінгу, внаслідок чого багато пацієнтів із цим захворюванням все ще потребують своєчасного втручання, а також недостатня обізнаність щодо порушення когнітивних функцій внаслідок органічного ураження мозку.

Поточні фармакотерапевтичні заходи для лікування деменції недостатні, тому необхідні подальші наукові дослідження для допомоги лікарям у прийнятті ефективних рішень щодо виявлення, діагностування та терапії цього захворювання в майбутньому.

Підготувала ***Наталія Купко***

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.biosciencetrends.com