

Поведінкові розлади при деменції

17-18 травня в м. Харкові відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта, дослідження». Пріоритетними науковими напрямками роботи заходу були розвиток охорони психічного здоров'я в Україні, впровадження заснованих на доказах стандартів надання психіатричної допомоги, ефективні моделі лікування та реабілітації при основних формах психічної патології (невротичні та депресивні розлади, шизофренія, біполярні афективні розлади, деменція тощо), медико-психологічні наслідки збройних конфліктів, впровадження досвіду міжнародної психіатрії в Україні, вдосконалення тематичних наукових досліджень. У конференції взяли участь лікарі-психіатри, наркологи, психотерапевти, психологи та організатори охорони здоров'я.



ім. О.О. Богомольця, м. Київ) на тему: «Поведінкові розлади при деменції».

Професор О.О. Хаустова зазначила, що деменція — надзвичайно поширене, тяжке та високотратне захворювання. Значна вартість лікування деменції обумовлена необхідністю догляду за пацієнтом: 35% усіх прямих витрат становить спеціалізований сестринський догляд, у т. ч. догляд у домашніх умовах (Johnson L. et al., 2006). Необхідність у нагляді часто зумовлена когнітивними розладами, якими супроводжується надзвичайно широкий спектр захворювань: нейродегенеративні патологічні стани (хвороба Альцгеймера, хвороба Паркінсона, прогресуючий над'ядерний параліч, бічний аміотрофічний склероз, розсіяний склероз), цереброваскулярні порушення (гіпертензивна енцефалопатія, інсульт, хронічні гематоми, церебральні васкуліти), інфекційні процеси (менінгіти, енцефаліти, СНІД, хвороба Лайма, хвороба Крейтцфельда-Якоба), дисметаболическі розлади (ендокринні, постгіпоксичні, дисметаболическі енцефалопатії, нормотензивна гідроцефалія), епілепсія, пухлини, травми тощо. Поступове зниження щоденної активності у хворих корелює зі зниженням оцінки за короткою шкалою психічного статусу (MMSE). З часом поведінка пацієнтів з деменцією знає суттєвих змін, які потребують ретельної роз'яснювальної роботи з родичами хворого.

Одним з найчастіших розладів поведінки, що супроводжують деменцію, є бродяжництво. Для боротьби з ним слід виявляти тригери таких «мандрівок» (нудьга, побічні ефекти ліків, голод, спрага, необхідність користуватися туалетом чи займатися фізичними вправами). Родичам пацієнта потрібно рекомендувати залучати пацієнта до регулярних фізичних вправ з метою мінімізації занепокоєння; установлювати складні для відкриття замки у нетипових місцях (високо чи низько на дверях); маскувати двері чи розмішувати на них знаки «стоп», «не заходити»; розташовувати чорні килимки чи чорні малюнки біля дверей та на них (людині з деменцією це може здатися непрохідною перешкодою); застосовувати спеціальні заглушки на замках та дверних ручках; сховати верхній одяг, гаманець та окуляри пацієнта; розмістити в одязі хворого предмет з ідентифікаційною інформацією (брелок, браслет).

Також часто у пацієнтів з деменцією зустрічається ажитация, з якою лікарю вкрай складно працювати. Для зменшення ажитации слід знизити рівень шуму, кількість перешкод та людей в кімнаті пацієнта; підтримувати структуру та розпорядок дня; зберігати меблі та інші домашні речі на одних і тих самих місцях; зменшити вживання пацієнтом кофеїну, цукру та інших високоенергетичних чи стимулюючих продуктів харчування; забезпечити спокійне спілкування з близькими людьми (ніжні дотики, спокійна музика, читання, прогулянки); розмішувати

небезпечні предмети поза досяжністю пацієнта; дозволити хворому підтримувати власну незалежність, зокрема піклуватися про себе; відволікати хворого їжею чи діяльністю; визнати гнів пацієнта з приводу втрати контролю над власним життям та продемонструвати розуміння його стану.

Люди з деменцією часто знову і знову повторюють певні слова, твердження та дії (персеверація). Хоча такий тип поведінки нешкідливий для пацієнта, він може бути надзвичайно стресогенним для осіб, що здійснюють догляд. Для допомоги людині з персеверацією необхідно забезпечити підтримку та комфорт (як вербально, так і невербально, у т. ч. тактильно); відволікти їжею чи будь-якою діяльністю; не нагадувати про повторювання, переорієнтовуючи пацієнта на щось інше; не обговорювати плани до події; залишати записки в обумовлених місцях («вечера о 18.30», «я буду вдома о 17.00»), щоб подолати тривожність та невпевненість у майбутньому; розпізнавати певні стандартні типи поведінки (наприклад смикання одягу може свідчити про потребу в сечовипусканні).

Деменцію може супроводжувати надмірна підозрілість. Оскільки ці переживання є для пацієнта дуже реальними, не слід переконувати його у протилежному чи сперечатися з ним. Варто пояснити всім, хто контактує з хворим, що така підозрілість є лише частиною хвороби.

Занепокоєння, ажитация, дезорієнтація та інша тривожна поведінка в людей з деменцією часто посилюються наприкінці дня та можуть тривати цілу ніч. Для уникнення безсоння варто збільшувати інтенсивність денних занять, особливо фізичних вправ; обмежувати харчові стимулятори; планувати спокійну структуровану діяльність, особливо ввечері. Увічнення світла задовго до заходу сонця і закриття штор у сутінках допомагає зменшити кількість тіней та, відповідно, мінімізувати прояви хвороби.

Частим виявом гніву чи стресу при деменції є агресія, яка проявляється словесними спалахами (прокляття, погрози, суперечки). На агресію слід реагувати спокійно: підтвердити розуміння почуттів пацієнта, а згодом відвернути його увагу.

У процесі розвитку хвороби можуть виникати також галюцинації (зорові та слухові), маревні ідеї, неприйнятна сексуальна поведінка (мастурбація, публічне роздягання, непристойні зауваження, необгрунтовані сексуальні вимоги, сексуально агресивна поведінка). Дуже важливо пояснити людям, які оточують хворого, що всі ці прояви викликані хворобою. Також слід розробити приблизний план дій у разі виникнення таких ситуацій і визначити тригери цієї поведінки, щоб попередити її в подальшому.

Ще одним типовим проявом деменції є стеження: стан, коли людина вдає, що стежить за кимось, постійно його переслідує, задає питання. Така поведінка також може бути стресогенною для особи-доглядальника. У цьому разі потрібно заспокоїти пацієнта усно та тактильно, відвернути увагу чи перенаправити його діяльність, надати хворому роботу чи завдання, яке відволіче його і допоможе почуватися корисним.

Люди з деменцією можуть стати неслухняними та впертими стосовно щоденних дій (заходи особистої гігієни, одягання, прийом їжі). Це є своєрідною відповіддю на відчуття втрати контролю, тривоги, страху, збентеження, сорому. Для полегшення стану хворого

необхідно розбити кожне завдання на окремі прості кроки та пояснити кожну дію, приділяючи буденним справам достатньо часу.

Згідно з Конвенцією ООН з прав людей з інвалідністю, сьогодні є загальновизнаним той факт, що фізичні обмеження та інвалідність — це не лише наслідок хвороби, а й результат взаємодії між людьми з проблемами психічного здоров'я та бар'єрами у ставленні до них їхнього оточення. Тому для забезпечення найкращої допомоги пацієнту не слід ідентифікувати людину з її хворобою. Основними принципами надання допомоги людям із деменцією є відсутність дискримінації, отримання інформованої згоди на лікування, наявність стороннього догляду в зв'язку з феноменом вигорання, координація медичної та соціальної допомоги, диференційна діагностика деменції з застосуванням нейровізуалізаційних методів, контроль змін поведінки, участь підготовленого персоналу, можливість отримання допомоги в загальних лікувальних-профілактичних установах.

Основами психологічної корекції при деменції є когнітивна підтримка на легких стадіях хвороби, навчання базовим щоденним навичкам одночасно з повторним їх відтворенням, опора на збережені когнітивні

функції, використання звичних для хворого навичок. У разі яскраво виражених розладів поведінки застосовується медикаментозне лікування. Фармакотерапія при порушеннях поведінки у пацієнтів з деменцією може включати антидепресанти (інгібітори зворотного захоплення серотоніну, тразодон, нефазодон), атипіві антипсихотичні засоби (рисперидон, кветіапін, оланзапін), антиконвульсанти (дивалпроекс, габапентин), бензодіазепіни короткої дії (Bird D.T., 2001).

Тразодон (Триттіко, А.К.Р.А.Ф., Італія) є мультимодальним модулятором серотонінової системи, який довів свою високу ефективність, співмірну з сильнодіючими антипсихотиками, при розладах поведінки у пацієнтів з деменцією та хорошу переносимість навіть у пацієнтів похилого віку. Слід зазначити, що вітчизняний уніфікований клінічний протокол з лікування деменції, прийнятий у 2016 р., стверджує, що пацієнтам з хворобою Альцгеймера, суїцидною деменцією або деменцією змішаного типу з легкими і помірними некогнітивними симптомами не слід призначати антипсихотичні препарати через можливе підвищення ризику розвитку небажаних цереброваскулярних явищ та смерті. За показаннями застосовують антидепресанти, зокрема тразодон. Застосування тразодону призводить до помітної редукції симптомів лобно-скроневої деменції: збудження, депресії, порушень харчової поведінки, роздратування. Висока ефективність та хороша переносимість тразодону (Триттіко) була підтверджена у багатьох клінічних випробуваннях (Bossini et al., 2015; Seitz et al., 2011; Henry et al., 2011), що робить цей засіб препаратом вибору для лікування розладів поведінки при деменції.

Підготувала Лариса Стрільчук



ТРИТТИКО XR 300 мг

Тразодона гідрохлорид 300мг

мультимодальний модулятор серотонінової системи¹

НОВІЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ²

- Мощный антидепрессивный эффект^{3,4,5}
- Быстрый ответ на терапию^{2,3,4}
- Высокий процент достижения ремиссии^{5,6}
- Баланс эффективности и безопасности²
- Быстрое возвращение к полноценной жизни⁶

Краткая характеристика лекарственного средства Триттико.

Триттико является производным триазопиридина. Является эффективным для лечения депрессивных состояний, в том числе депрессий, сочетающихся с тревогой и нарушениями сна, и отличается быстрым началом действия. Триттико стабилизирует эмоциональное состояние, улучшает настроение, ослабляет психическую зависимость от алкоголя. В отличие от других психотропных средств, Триттико не противопоказан при глаукоме и расстройствах со стороны мочевыделительной системы, не имеет экстрапирамидных эффектов и не потенцирует адренергическую передачу. Не проявляет антихолинергической активности, поэтому не ассоциируется с влиянием на функцию сердца. Триттико является антидепрессантом с седативными способностями, что может приводить к сонливости на протяжении первых дней приема препарата. Иногда могут возникать другие побочные реакции. Для более детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения.

Производитель лекарственного средства: Азиенде Кимме Риуните Ангелини Франческо – А.К.Р.А.Ф. – С.п.А. Виа Веккио Дел Пиноккио, 22 – 60100 Анкона (АН), Италия.

Р/У МЗ Украины для Триттико XR 300мг № 1275 UA/15577/01/02 от 24.11.2016.

Информация для врачей (и фармацевтов) для использования в профессиональной деятельности.

1. I. S. Stahl, University of California, San Diego, Debbi Ann Morrisette Neuroscience Education Institute «Modulating the serotonin system in the treatment of major depressive disorder-ERRATUM», Article in CNS spectrums • December 2014

2. Sheehan DV, Croft HA, Gosses ER, et al. Extended-release Trazodone in Major Depressive Disorder: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study // Psychiatry (Edmont) — 2009 — 4 — 26-33

3. Kasper S, Olivieri L, Di Loreto G, Dionisio P A comparative, randomized, double-blind study of trazodone prolonged-release and paroxetine in the treatment of patients with major depressive disorder // Current Medical Research and Opinion. — 2005. — V. 21. — P. 1139-1146.

4. Munizza C, Olivieri L, Di Loreto G, et al. A comparative, randomized, double-blind study of trazodone prolonged-release and sertraline in the treatment of major depressive disorder // Current Medical Research and Opinion. — 2006. — V. 22. — P. 1703-1713.

5. Ев СЕВЕРОВ, «Частный опыт лечения депрессии тразодоном», ИЖН № 7/61, 2013, P. 161-162.

6. A. Fagiolini et al. Rediscovering Trazodone for the treatment of major depressive disorder. CNS Drugs; 2012; 26: 1033-1049.

Dileo FARMA

04119, г. Киев,
ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404
тел.: (044) 538-01-26,
факс: (044) 538-01-27

ANGELINI