

Життя з деменцією: можливості сучасної терапії

За матеріалами Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Особливості діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з неврологічною патологією в умовах воєнного часу» (17-18 березня 2023 р.)

У березні цього року у форматі онлайн відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Особливості діагностики лікування та реабілітації пацієнтів із неврологічною патологією в умовах воєнного часу». Цей захід був присвячений особливостям надання неврологічної допомоги хворим в умовах воєнного часу. Пропонуємо до вашої уваги огляд доповіді д.мед.н., професорки кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ ім. О.О. Богомольця (м. Київ) Олени Олександрівни Хаустової, яка прозвучала в межах цієї конференції.



О.О. Хаустова

Україна посідає перше місце у світі за кількістю осіб похилого віку, які постраждали від війни (AGE, 2022). Літні люди в умовах воєнного стану є одночасно як більш уразливими, так і більш стійкими. Для них характерний вищий рівень симптомів післявоєнного стресу, а також злагоженості. Жінки вразливіші за чоловіків через переважання вищого рівня симптомів стресу та нижчого рівня посттравматичного зростання та індивідуального резилієнсу (Kimhi et al., 2012).

Стрес і депресія можуть прискорити розвиток деменції та хвороби Альцгеймера

За даними оцінювання психічних розладів в умовах війни, 22,1% постраждалого від конфлікту населення страждає на депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або інші неврологічні порушення у будь-який момент часу. Через розвиток таких станів, як стрес, депресія, тривога та ПТСР, у постраждалого від війни населення існує ймовірність їх переходу в деменцію та розлади, подібні до хвороби Альцгеймера (ХА) (Charlson et al., 2019).

Вплив досвіду війни на деменцію у ветеранів та цивільних осіб

Так, за отриманими даними, накопиченими протягом 2012-2020 рр., імовірність розвитку деменції в 1,7-2 рази більша у ветеранів із діагнозом ПТСР. Ветерани з ПТСР мали більш значні поведінкові та психологічні симптоми деменції, ніж без ПТСР. Черепно-мозкова травма в деяких осіб може асоціюватися із загрозою розвитку деменції як віддаленого наслідку, оскільки через генетично зумовлену вразливість або зниження когнітивного резерву призводить до раннього початку нейродегенеративних змін (Vincent et al., 2014; Heather et al., 2018).

Визначення деменції та її лікування

Деменція – це хронічне поширене когнітивне порушення, що пов'язане зі значними змінами функціональних здібностей. Власне, до її розвитку може призводити низка причин, зокрема ХА, які є прогресуючими та незворотними.

Серед найпоширеніших симптомів:

- погіршення пам'яті;
- проблеми з мовою,
- дезорієнтованість,
- поведінкові та психологічні прояви, як-от депресія, тривога, галюцинації, проблеми зі сном, неспокій та збудження (NCCMH, 2018).

Нині основним видом терапії деменції залишається компенсаторне (замісне) втручання та психосоціальне лікування. У настановах Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE, 2018) рекомендовано застосування донепезилу, галантаміну й ривастигміну для терапії ХА легкого, а також помірного ступенів (табл.).

Монотерапія мемантином рекомендована пацієнтам при ХА тяжкого ступеня, а також помірного ступеня, якщо пацієнти не переносять інгібітори ацетилхолін-естерази (ІАХЕ) або мають протипоказання до їх застосування. Для пацієнтів із ХА помірного й тяжкого ступенів, які приймають ІАХЕ, слід застосовувати комбіновану терапію з мемантином.

Лекторка нагадала учасникам заходу про важливість застосування програми когнітивної стимуляції та ефективного вторинної профілактики цереброваскулярних захворювань для запобігання судинній деменції.

Схема приймання мемантину гідрохлориду

Один із препаратів мемантину, що представлений сьогодні на вітчизняному фармринку, зареєстрований під торговельною назвою Мексія (Нобель, Туреччина). Для зниження ризику прояву негативних реакцій підтримувальну дозу препарату визначають завдяки її поступовому збільшенню (на 5 мг щотижня протягом перших трьох тижнів) за такою схемою:

- приймання раз на добу в однаковий час;
- 1-й тиждень (1-7-й дні) 5 мг/добу (½ таблетки);
- 2-й тиждень (8-14-й дні) 10 мг/добу (1 таблетка);
- 3-й тиждень (15-21-й дні) 15 мг/добу (1,5 таблетки);
- 4-й тиждень (із 22-го дня) 20 мг/добу (2 таблетки).

Максимальна та рекомендована підтримувальна доза для пацієнтів із хворобою Альцгеймера – 20 мг.

Достовірного поліпшення когнітивних функцій при лікуванні мемантином можна очікувати на 13-му тижні (Stoffler et al., 2000). Лікування мемантином сприяє збільшенню повсякденної активності вдвічі (Winblad, 1999).

До основних мішеней терапії мемантином належать: маячення, ажитація / агресія, дратівливість / емоційна лабільність, обвинувальна поведінка; поведінка, зумовлена порушенням циклу день-ніч; коливання настрою (Gauthier et al., 2008).

Критерії призначення антипсихотиків

Оптимальний підхід до терапії психічних і поведінкових порушень при деменції – це пацієнт-центрований, психосоціальний, мультидисциплінарний план лікування (Professional Practise Guideline 10, RANZCP, 2016).

Згідно з рекомендаціями Американської асоціації психіатрів (АРА), першочергово слід оцінити поведінкові / психологічні симптоми деменції, біль та інші потенційно модифіковані чинники, що можуть мати вплив на симптоми, а у хворих на деменцію з манією переслідування або психозом відповідь на лікування має оцінюватися кількісно (Reus et al., 2016).

Антипсихотики слід застосовувати лише для лікування ажитації або психозу в пацієнтів із деменцією, коли симптоми є тяжкими, небезпечними та/або можуть спричинити значні страждання (клас рекомендації 1, рівень доказовості В). Лікування слід розпочинати з використання низької дози, що піддається титруванню до мінімально ефективної протягом 4 тижнів (клас рекомендації 1, рівень доказовості В).

Якщо після 4-тижневої терапії антипсихотичними препаратами немає клінічно значущої відповіді, ліки слід змінити або скасувати (клас рекомендації 1, рівень доказовості В).

Використання специфічних антипсихотичних препаратів залежно від клінічного контексту

Як зауважила пані Хаустова, нині галоперидол уже не використовують як препарат першої лінії у пацієнтів із делірієм та навіть за його відсутності (клас рекомендації 1, рівень доказовості В). Не слід застосовувати аміназин через ризик розвитку ішемії мозку. Не слід використовувати антипсихотики з тривалою дією за коморбідного хронічного психотичного розладу (якщо не вказано іншого) (клас рекомендації 1, рівень доказовості В).

Алгоритми терапії психічних та поведінкових проявів деменції

За невідкладних станів слід надавати перевагу внутрішньом'язовому введенню антипсихотиків: перша лінія – оланзапін, друга лінія – галоперидол, третя лінія – бензодіазепін.

Також за невідкладних ситуацій можна застосовувати пероральні антипсихотики: перша лінія – пероральні антипсихотики другого покоління арипіпразол і рисперидон (Chen et al., 2021).

Лікування психічних порушень при деменції

Зокрема, для корекції поведінкових і психічних симптомів у разі термінових ситуацій засобом першої лінії

АБІЗОЛ ізіТАБ

Арипіпразол 5 мг; 10 мг ізіТАБ 10-15 мг

МЕКСІЯ

Мемантину гідрохлорид 10 мг

Індивідуальний дотик

- Доведена ефективність в лікуванні шизофренії та біполярного розладу^{1, 2, 3}
- Високий рівень безпеки²
- Зручний прийом: легко ковтати, не потребує запивання водою³

Догляд - це добре, спілкування з рідними - це краще!

- Рекомендовано для лікування деменції при хворобі Альцгеймера від легкого ступеня до тяжких форм⁶
- Покращує когнітивні процеси, підвищує повсякденну активність, позитивно впливає на показники навчання та пам'яті (Burns A., 2006)

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Абізол ізіТАБ: 1 таблетка містить арипіпразолу 10 мг або 15 мг; Форма випуску: таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині. Антипсихотичний засіб (нейролептик). Показання: лікування шизофренії, повільних та тихих маніакальних епізодів біполярного розладу I типу. Побічні реакції: акатизія та нудота, гіперсукзалітність і т.д. Ріп. UA/18410/01/02 Нмзак М03 М2595 від 11.11.2020. Ріп. UA/18410/01/01 Нмзак М03 М2595 від 11.11.2020. Література: 1. Steven F. Robinson, J. Althea R. Silva, Mary J. Kojima, William H. Saiz, Mirza Ali, Elyse Stock, Joseph Stringfellow, Gary Kojima, Stephen R. Marder. Aripiprazole, an antipsychotic with a novel mechanism of action, and risperidone in placebo for patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. 2003. JAMA 290(7):681-90. 2. Gardner DM, Baldessarini RJ, Wangsch P. Canadian Medical Association Journal. 2005 Jun 21;172(13):1703-11. 3. Інструкція препарату Абізол ізіТАБ. Коротка інструкція для медичного застосування препарату МЕКСІЯ 10. Таблетки мемантину гідрохлориду по 10 мг №50. Засоби, що застосовуються при деменції. Код АТХ N06D X01. Мемантин модулює ефекти патологічно підвищених рівнів глутамату, який може призвести до дисфункції нейронів. Показання: Хвороба Альцгеймера. Рекомендована доза становить 20 мг на добу (2 таблетки по 10 мг 1 раз на добу). Побічні реакції: Сонливість, сплутаність свідомості, запаморочення, порушення рівноваги та ін. Ріп. UA/14072/01/01 від 26.11.2019 р. невідомий. Інформація для фахівців медицини та фармацевтів з медичної тематики. Повна інформація в тому числі і можливі побічні реакції, наводяться в інструкції для медичного застосування препарату. За додатковою інформацією звертайтеся в представництво компанії Нобель в Україні: 04210, Київ, вул. Оболонська Набережна, 20, тел.: (044) 5862064, www.nobel.com.ua

є арипіпразол. Рекомендована доза становить 2,5 мг/добу з можливістю збільшення на 2,5-5 мг що 2 тижні до максимальної добової дози 15 мг (Chet et al., 2021).

Арипіпразол на фармацевтичному ринку України представлений під назвою Абізол ізитаб (Нобель, Туреччина), препарат має зручний підбір дозувань 5, 10 і 15 мг та форму таблеток, що диспергуються в ротовій порожнині (розчинність до 15 секунд).

До основних переваг арипіпразолу належать:

- високий профіль безпеки;
- позитивний вплив щодо тяжких симптомів деменції (агресія, агітація, тривога, психотичні симптоми).

Оланзапін, арипіпразол і рисперидон ефективні в лікуванні пацієнтів із психічними і поведінковими симптомами ХА. Через кращий профіль безпеки та меншу кількість побічних реакцій арипіпразол більше підходить для літніх осіб (Zhu et al., 2021).

Арипіпразол є ефективним для лікування психічних і поведінкових ознак деменції. Також продемонстровано його хороший профіль безпеки порівняно з іншими антипсихотичними препаратами при застосуванні на пізніх стадіях захворювання та в ослаблених пацієнтів. У сучасних алгоритмах ведення пацієнтів із деменцією арипіпразол посів чільне місце завдяки своїй ефективності щодо швидкого контролю агітації та агресивності (Álvarez Fernández et al., 2022).

Перший мережевий метааналіз даних щодо впливу ліків на психоз при деменції підтвердив, що донепезил, мемантин і арипіпразол є ефективнішими за плацебо. Донепезил був ефективнішим, ніж таблетки-плацебо, у пацієнтів із маяченням і галюцинаціями. Рисперидон був дієвішим за плацебо, але погано переносився (Huang et al., 2022).

Дозування, тривалість і моніторинг антипсихотичного лікування

За позитивної реакції на лікування прийняття рішення про можливе скорочення дозувань антипсихотиків має супроводжуватися обговоренням із пацієнтом (якщо це є клінічно доцільним) (клас рекомендації 1, рівень доказовості С).

Пацієнти	Хвороба Альцгеймера		
	Легкий ступінь	Помірний ступінь	Тяжкий ступінь
Пацієнти з уперше діагностованою хворобою Альцгеймера	Рекомендовано як засоби монотерапії ривастигмін, донепезил, галантамін		Рекомендовано як засіб монотерапії МЕМАНТИН
Пацієнти, які не переносять ІАХЕ чи мають протипоказання до їх застосування	Рекомендовано як засіб монотерапії МЕМАНТИН		
Пацієнти, які приймають ІАХЕ	Розгляньте можливість комбінованої терапії МЕМАНТИН	Рекомендовано як засіб комбінованої терапії МЕМАНТИН	

Адаптовано за «Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers» NICE guideline [NG97]. Published: 20 June 2018. URL: www.nice.org.uk.

У разі редукції поведінкових / психічних симптомів при лікуванні антипсихотиком слід зменшити дозу і скасувати препарат упродовж 4 місяців після початку терапії, за винятком випадків, рецидиву (клас рекомендації 1, рівень доказовості С).

Оцінювати симптоми необхідно принаймні щомісяця впродовж курсу терапії та принаймні що 4 місяці після його припинення, щоб виявити ознаки рецидиву (клас рекомендації 1, рівень доказовості С).

Погано контрольовані супутні фізичні та психічні захворювання можуть призвести до більшої кількості криз психічного здоров'я та госпіталізації пацієнтів із деменцією (NCCMH, 2018).

Наприкінці своєї доповіді Олена Олександрівна Хаустова також наголосила на важливості сьогодні для українського суспільства питання інклюзії осіб із деменцією, що, зокрема, має охоплювати таку систему заходів:

- **Проведення кампанії з підвищення обізнаності:** на рівні країни – телевізійні програми та сприяння інклюзивним спільнотам осіб із деменцією; на рівні суспільства – браслети з повідомленнями про деменцію; на індивідуальному рівні – одногодинне індивідуальне навчання завдяки спецпрограмам.

- **Поліпшення доступності:** на рівні країни – безбар'єрне середовище, безкоштовний і доступний транспорт; на рівні суспільства – зрозумілі вказівники, а також служби таксі, що прихильні до осіб із деменцією; на індивідуальному рівні – інклюзивне житло, модифікація будинків і мікрорайонів, індивідуальні видозміни в обладнанні автомобілів.

- **Підвищення безпеки:** на рівні країни – поліція, яка прихильно ставиться до осіб із деменцією.

Підготував **Денис Соколовський**

Інформація

Новини МОЗ

Тривожні маркери: коли варто звернутися до психолога

За даними соціологічних опитувань, понад 90% опитаних українців мають хоча б один із симптомів тривожних розладів, а понад 50% – перебувають у зоні ризику розвитку труднощів, пов'язаних із психічним здоров'ям.

Крім того, рівень споживання антидепресантів 2022 року значно зріс, а на безрецептурні заспокійливі засоби українці щомісяця витрачають близько 300 млн грн. Це дані аудиту ресурсів системи надання послуг у сфері психічного здоров'я, проведеного у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?».

Тож піклування про психічне здоров'я нині має бути на часі для кожного з нас. Дбати про своє психічне здоров'я так само важливо, як і про фізичне здоров'я. І, якщо є питання до власного психічного стану або до стану близьких, важливо задуматися про звернення до спеціаліста.

Яна Українська, завідувачка сектору з охорони психічного здоров'я департаменту медичних послуг МОЗ України, розповіла, де і як можна отримати психологічні послуги в Україні. А також про тривожні симптоми.

Отже, варто приділити більше уваги саме власному психічному здоров'ю та, можливо, звернутися до спеціаліста, якщо:

- ваш психічний стан позначається на повсякденному житті;
- буденні речі, які раніше завжди виходили легко, тепер викликають труднощі;
- переживаєте велику кризу в житті, яка виводить із рівноваги ваш психічний стан;
- виникають труднощі в навчанні, спілкуванні в сім'ї, із колегами, оточенням.

Психічне здоров'я позначається на фізичному стані та загалом на кожній зі сфер нашого життя. Усе, що ми робимо, думаємо чи говоримо, кожна з наших дій та емоцій прямо залежить від того, у якому психічному стані ми перебуваємо.

І чим раніше людина отримає кваліфіковану допомогу – тим більша ймовірність, що вона зможе впоратися зі своїми проблемами. Тож будьте уважними до свого психічного здоров'я, а також до стану навколишніх, проявляйте емпатію.

Не варто думати, що це неважливо або сподіватися, що «саме минеться». Адже легше запобігти розвитку серйозних розладів, ніж потім долати їх.

Довідка. Всеукраїнська програма ментального здоров'я створюється за ініціативою першої леді Олени Зеленської і має просту життєву назву «Ти як?». Поінформованість про психічне здоров'я, надання підтримки людям, які страждають від проблем, та їхнім близьким, робота над доступністю послуг із підтримки психічного здоров'я – усе це невіддільна частина комплексної роботи, розпочатої в нашій країні.

Застосування Міжнародної класифікації функціонування змінює систему надання реабілітаційної допомоги в Україні

Забезпечення ефективної, активної та доказової реабілітації – один із пріоритетів держави та її головний обов'язок перед українцями, які зазнали травм внаслідок війни. Для цього вся система реабілітаційної допомоги в Україні сьогодні перебуває на етапі реформування.

Одна зі складових цієї реформи – цифровізація реабілітаційного процесу в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Людина – у центрі процесу реабілітації

Застосування МКФ докорінно змінює систему надання реабілітаційної допомоги в Україні, адже передусім ставить у центрі уваги не захворювання, не діагноз – а людину та її шлях до відновлення.

Так, пацієнт є ключовим учасником своєї реабілітації, на противагу застарілій пасивній участі в реабілітаційному процесі. Пацієнт спільно з фахівцями реабілітації встановлює її цілі, які є важливими саме для нього, та узгоджує власний індивідуальний реабілітаційний план.

Поєднання медичної, соціальної та психологічної складової реабілітації

Класифікація МКФ базується на «біопсихосоціальному» підході, а отже, враховує як клінічну, так і соціальну та психологічну складову здоров'я людини.

Це допомагає дбати не лише про відновлення фізичного та психологічного самопочуття людини, але й ставити за мету повноцінне повернення її до суспільного життя, збереження її права на роботу і соціальні контакти. Адже, повернувши пацієнтові спроможність до активності, ми також маємо допомогти йому набутти нові вміння і навички для активного життя після зміни його фізичного стану, ба більше, допомогти йому інтегрувати ці навички у повсякденне життя.

Надалі біопсихосоціальний підхід дасть змогу покращити якість надання всього спектра послуг, необхідних людині та її родині, а також допоможе створювати цифрові інструменти для взаємодії між медичною, соціальною, освітньою сферами, сферою зайнятості та її підтримки та ін.

Залучення мультидисциплінарної реабілітаційної команди

Ще однією з переваг упровадження МКФ є координація між фахівцями мультидисциплінарної реабілітаційної команди та спілкування «єдиною мовою реабілітації та функціонування».

МКФ створює передумови для успішної командної роботи, у якій кожен її член – від лікаря фізичної та реабілітаційної медицини до ерготерапевта чи терапевта мови та мовлення – розуміє та враховує завдання іншого фахівця як однаково важливі та працює на досягнення спільного результату.

Тож нагадаємо, що на навчальній платформі Академії НСЗУ вже доступний до вивчення перший онлайн-курс для фахівців із реабілітації «Базові засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)».

Довідка. Упровадження реабілітаційного функціоналу в ЕСОЗ і розроблення навчальних онлайн-курсів відбуваються в межах проекту «Реабілітація травм війни в Україні», який втілюється за підтримки Швейцарії, Європейського Союзу та Nova Ukraine.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://moz.gov.ua>