

Языкова И.М.

Опыт ведения пациентов с поздними деменциями, протекающими с нарушениями пищевого поведения, в геронтопсихиатрическом стационаре

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург

Языкова И.М.

Experience in the management of patients with late dementia that occur with eating disorders, at gerontopsychiatric hospital

Резюме

Было проведено исследование гуморальных и клеточных параметров иммунного статуса 223 пациентов в стадии обострения агрессивного пародонтита. Полученные данные подтверждают мультифакторность заболевания, демонстрируя нарушения как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета, а также значительно выраженные изменения в системе фагоцитарной защиты.

Ключевые слова: агрессивный пародонтит, показатели иммунитета, пародонтопатогены

Summary

There was done a study of group of 106 patients with late dementia complicated by eating disorders. Selected types and clinical variants of disturbed eating behavior in late dementia, and analysis of their dynamics. On the basis of the obtained results was developed and introduced into clinical practice algorithm for management of patients with dementia that occur with eating disorders, conditions at gerontopsychiatric hospital.

Key words: dementia, disorders of eating behaviors

Введение

Нарушения пищевого поведения при поздних деменциях по данным разных авторов наблюдаются с частотой от 10 до 30% [1, 2, 3]. Данные нарушения усложняют синдромологическую структуру деменции, определяют увеличение нагрузки на ухаживающих и необходимость дополнительных медикаментозных и немедикаментозных стратегий коррекции. [4, 5, 6].

Стойкие нарушения пищевого поведения имеют неблагоприятное прогностическое значение для общего состояния пациента. Исследования показывают, что неудовлетворительное состояние нутритивного статуса у пациента с деменцией наряду со сниженной функциональной активностью является предиктором более продолжительной госпитализации в клиниках общетерапевтического профиля и последующего помещения пациента в дома для престарелых [7]. Какексия и обезвоживание являлись распространенной причиной смерти пациентов с тяжелой деменцией в домах для престарелых [8].

В преодолении нарушений пищевого поведения имеют значение высокая квалификация ухаживающего, успешность его взаимодействия с пациентом, правильный выбор пищи, подходящей для пожилого че-

ловека, наличие достаточного времени для кормления, поощрение независимости пациента при приеме пищи, упрощение приема пищи, акцентирование социальной значимости процесса приема пищи, учет социальных, культурных и этических факторов [9, 10, 11, 12, 13, 14].

Интеральную коррекцию нарушений питания у пожилых ограничивают физиологические (возрастные изменения, приводящие к мальабсорбции) [15] и патологические факторы (хроническая сердечная недостаточность, нарушения толерантности к глюкозе), что приводит к замедлению процессов белкового синтеза, снижению двигательной активности, что само по себе может приводить к гипотрофии [16].

Материалы и методы

На базе Свердловской областной клинической психиатрической больницы проведено исследование 106 пациентов с поздними деменциями, осложненными нарушениями пищевым поведением. Критериями включения в изучаемую группу являлись наличие деменции и отсутствие соматической и/или неврологической патологии, которая могла бы обуславливать нарушения пищевого поведения. 14,15% участников исследования составляли

мужчины (15 чел.), 85,85% (91 чел.) – женщины. Средний возраст составлял 79,0 (73,0–83,25) лет. Вероятная нозологическая принадлежность деменции соответствовала диагностическим рубрикам МКБ – 10: F 00.0, F 00.1, F 00.2, F 01, F 02. Продолжительность заболевания (деменция) – от 1 года до 10 лет.

У 9,4% участников исследования была выявлена легкая деменция, у 46,3% – деменция умеренной степени выраженности, у 44,3% – тяжелая деменция.

Настоящее исследование проведено с использованием клинического, клинико – динамического, психометрического, нейропсихологического, статистического методов.

Результаты и обсуждение

При наблюдении участников исследования в геронтопсихиатрическом стационаре у 16,9% этих пациентов был выявлен «повышенный аппетит»/гиперфагия, у 61,6% – «сниженный аппетит»/отказы от пищи. В 21,5% случаев наблюдалось искажение пищевого поведения в сочетании с количественными его нарушениями.

При «повышенном аппетите»/гиперфагии пациенты употребляли большое количество пищи, увеличивалась частота приемов пищи, наблюдались аффективно окрашенные и повторяющиеся высказывания о потребности в приеме пищи, действия, направленные на поиск пищи, особенности самого процесса приема пищи – торопливость, неаккуратность.

Пищевое поведение пациентов со «сниженным аппетитом»/отказами от пищи характеризовалось уменьшением объема употребляемой пищи и частоты приемов пищи (пропуски приемов пищи), вербализацией негативного отношения к приему пищи (высказывания о «нежелании» есть, отсутствии чувства голода), пассивным или активным сопротивлением кормлению персоналом с ложки.

Группа пациентов со сниженным «аппетитом»/отказами от пищи была неоднородна по клиническим проявлениям, сочетанию с другими поведенческими и психопатологическими симптомами. Выделены следующие клинические варианты нарушений пищевого поведения по типу «сниженного аппетита»/отказов от пищи:

- при нарушенном состоянии сознания, сопровождающиеся нарушениями аллопсихической ориентировки, аффектом растерянности, страха, тревоги, нарушениями ночного сна, выраженным психомоторным возбуждением, агрессией в адрес ухаживающих, отказами не только от пищи, но и от приема пероральных лекарственных средств. Данный клинический вариант наблюдался у 39 участников исследования (36,8%);

- в сочетании с бредовыми симптомами (у 11 человек – 10,4% пациентов), когда «сниженный аппетит»/отказы от пищи были обусловлены бредовой убежденностью в намерениях со стороны ухаживающего отравить пациента;

- на фоне сниженного настроения, наличия ипохондрических жалоб, идей малоценности, никчемности, болезненной убежденности в наличии у себя «тяжелого

заболевания», необходимости придерживаться диеты. Данный клинический вариант наблюдался у 9,4% участников исследования (10 чел.);

- при тяжелой деменции нарушения пищевого поведения по типу «сниженного аппетита» у 23 участников исследования (21,75%) наблюдались на фоне ясного сознания у пациентов с выраженными явлениями апатии, апрактическими, агностическими, афатическими расстройствами, значительным снижением уровня функциональной активности.

Разнообразие клинических проявлений нарушенного пищевого поведения и его сочетания с другими поведенческими и психопатологическими феноменами определяло необходимость дифференцированного подхода при оказании помощи таким пациентам. После идентификации типа и клинического варианта нарушений пищевого поведения выделялся основной обуславливающий эти нарушения дезадаптирующий клинический синдром, который и являлся мишенью медикаментозных и немедикаментозных стратегий.

Состояния спутанного сознания с агрессивным поведением, депрессивный, депрессивно – ипохондрический синдромы, бредовые симптомы, галлюцинаторные расстройства, психопатоподобные нарушения с аффективной неустойчивостью (возбудимость, раздражительность), расторможенностью, агрессивным поведением требовали назначений не только препаратов вазоактивной, нейропротективной, противодementной терапии, но и нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, нормотимиков с целью коррекции поведенческих и психопатологических симптомов. Основными симптомами – мишенями при этом были физическая агрессия, болезненные идеи, аффективная неустойчивость (раздражительность), аберрантное моторное поведение, нарушения сна и поведения в ночное время.

При «повышенном аппетите»/гиперфагии нейролептики назначались с целью коррекции поведенческих нарушений (агрессия, расторможенность) и нарушений сна. Антидепрессанты назначались в случаях апитично протекающих (с раздражительностью, ворчливостью, гневливостью) депрессивных состояний, тревоги.

При «сниженном аппетите»/отказах от пищи нейролептики назначались для коррекции болезненных идей ущерба, отравления, ипохондрического содержания; агрессивного поведения и нарушений сна у пациентов с состояниями спутанного сознания. Антидепрессанты назначались в случаях типично и атипично протекающих депрессивных состояниях.

Пероральные питательные смеси, терапия, направленная на коррекцию водно – солевого баланса у пациентов «повышенным аппетитом»/гиперфагией и пациентов со «сниженным аппетитом»/отказами от пищи назначались в случаях прогрессирующего снижения массы тела, явлениях обезвоживания у пациентов с тяжелой деменцией.

Немедикаментозные мероприятия по профилактике и коррекции нарушений пищевого поведения у пациентов с деменцией включали: обучающие занятия с



Рисунок 1. Клинические варианты нарушений пищевого поведения при деменциях.

Таблица 1. Объем проводимой терапии у пациентов с нарушениями пищевого поведения

Терапия	Участники исследования с «повышенным аппетитом»/гиперфагией n = 23	Участники исследования со «сниженным аппетитом»/отказами от пищи n = 83
«Противодементная терапия» (ингибиторы ацетилхолинэстеразы, глутаматэргическая терапия)	39,1 %	42,2%
Нейролептики	65,2%	55,4%
Антидепрессанты	17,4%	16,9%
Антиконвульсанты	4,3%	1,2%
Транквилизаторы	8,7%	2,4%
«Нейропротективная» терапия	100,0%	100,0%
Вазоактивная терапия	100,0%	97,6%
Пероральные питательные смеси	4,3 %	18,7%
Терапия, направленная на коррекцию водно – лектролитного баланса	4,3%	18,7%

ухаживающим персоналом, информационные беседы с родственниками пациентов в формате «Школы родственников пациентов» и в индивидуальном порядке, создание для пациентов благоприятной терапевтической среды и собственно организация кормления пациентов.

Процесс приема пищи был организован с учетом особенностей нарушений пищевого поведения:

В отношении пациентов с «повышенным аппетитом»/гиперфагией задачами ухаживающего персонала являлись:

- контроль за количеством съеденной пищи, ее составом и консистенцией (необходимо давать пациенту достаточное количество жидкости, чтобы запивать пищу, следить, чтобы в пище не было твердых частиц, которыми пациент мог бы поперхнуться);
- предупреждение попыток съесть несъедобные предметы во время приема пищи (несъедобная кожура, обертка продуктов);
- профилактика асфиксии в результате попадания пищи в дыхательные пути при наличии нарушений глотания, высокой скорости приема пищи (напоминании пациенту о необходимости есть медленнее, тщательно пережевывать пищу, не брать в рот большие порции пищи);
- предупреждение агрессивного поведения пациентов с гиперфагией в отношении других больных, попыток отобрать у них еду.

Наибольшие сложности возникали при организации приема пищи у пациентов со «сниженным аппетитом»/

отказами от пищи. В отношении этих пациентов особенно важно соблюдение дифференцированного подхода в зависимости от тяжести когнитивного дефицита, наличия других поведенческих и психопатологических симптомов, способности принимать пищу самостоятельно.

В отношении пациентов со «сниженным аппетитом»/отказами от пищи задачами ухаживающего персонала являлись:

- контроль за количеством съеденной пищи, ее нутритивным составом и консистенцией (необходимо давать пациенту достаточное количество жидкости, чтобы запивать пищу, следить, чтобы в пище не было твердых частиц, которыми пациент мог бы поперхнуться, предлагать пациенту высококалорийную легкоусвояемую пищу);
- вербальное поощрение пациента при приеме пищи;
- предоставление пациенту необходимого для него времени для приема пищи;
- напоминание пациенту о необходимости доесть оставшуюся в тарелке пищу, при отказе доесть самостоятельно - кормление с ложки;
- предоставление пациенту другого блюда на выбор с учетом вкусовых предпочтений;
- кормление с ложки пациентов с выраженными апрактическими, агностическими расстройствами, апатией;
- осуществление добавочных кормлений между основными приемами пищи;

В отношении пациентов с агрессивным поведением и «сниженным аппетитом/отказами от пищи требовалась достаточная продолжительность времени, отведенного на кормление, поскольку с пациентом необходимо было установить контакт, добиться уменьшения проявлений агрессии путем переключением внимания, вербальным поощрением правильного поведения. При продолжающихся отказах от пищи предлагалось на выбор другое блюдо (в пределах ежедневного меню). При продолжающихся отказах от пищи и сохраняющемся агрессивном поведении ухаживающий прекращал попытки накормить пациента, возобновлял их позже в период послабления проявлений агрессии. Если пациент съедал неполную порцию, а затем отказывался от пищи при кормлении с ложки, то пациенту предлагалась поесть дополнительно вне основных приемов пищи, предусмотренных порядком дня.

Насильственное кормление пациентов с отказами от пищи с явлениями физической агрессии не применялось, поскольку провоцировало усиление агрессии со стороны пациентов, а количество съедаемой ими пищи было очень мало (пациенты отталкивали от себя тарелку, ложку, выплевывали пищу). Кормление таких пациентов через назогастральный зонд также не применялось, так как единичные случаи применения такого вида кормления показали, что пациенты удаляют сами у себя назогастральный зонд, при этом повреждая слизистые оболочки носа и носоглотки.

В отношении пациентов с тяжелой деменцией с отказами от пищи с апрактическими расстройствами, апатией применялось кормление с ложки, сопровождаемое вербальным поддержанием внимания пациента на процессе приема пищи (инструкции открыть рот, жевать, глотать). Пациентам предлагалось самим взять в руки продукты, которые можно употребить без помощи столовых приборов, кружку с напитком.

Общей стратегией преодоления разных типов нарушений пищевого поведения являлось установление эффективного взаимодействия ухаживающего персонала с пациентами, которое достигалось обучением персонала навыкам общения с пациентами с деменцией.

При разных вариантах нарушений пищевого поведения наблюдалась различная его динамика.

Нарушения пищевого поведения по типу «повышенного аппетита/гиперфагии» были стойкими. На фоне медикаментозной терапии удавалось добиться уменьшения проявлений вербальной и физической агрессии, раздражительности, аберрантного моторного поведения, аффективной напряженности со стороны этих пациентов. Попытки употребить в пищу несъедобные предметы, отобрать пищу у других пациентов предупреждались ухаживающим персоналом.

При «сниженном аппетите/отказах от пищи» на фоне болезненных идей наблюдалось послабление бредовой симптоматики, связанное с территориальной удаленностью от лица, обвиняемого в попытках отравления, приемом антипсихотических средств, пищевое поведение нормализовалось.

При нарушениях пищевого поведения по типу «сниженного аппетита/отказов от пищи при помраченном (спутанном) сознании» способность к самостоятельному приему пищи в адекватном объеме восстанавливалась по мере нормализации уровня сознания, редукции других психопатологических и поведенческих симптомов.

Наиболее стойкие проявления «сниженного аппетита/отказов от пищи» наблюдались при депрессивно – ипохондрических симптомах и на фоне тяжелой деменции.

В сочетании с депрессивно – ипохондрическими симптомами нарушения пищевого поведения по типу «сниженного аппетита/отказов от пищи» были стойкими. На фоне адекватной терапии несмотря на дезактуализацию депрессивно – ипохондрических переживаний, нормализацию фона настроения нарушения собственно пищевого поведения сохранялись, пациенты продолжали ограничивать объем съедаемой пищи, следовать предпочтениями определенных продуктов и кулинарной обработки пищи, объясняя это «привычкой», удовлетворенностью своим рационом.

Пациентов с тяжелой деменцией с выраженными явлениями агрессии, аберрантного моторного поведения с активными отказами от пищи удавалось накормить в периоды послабления данной симптоматики под воздействием фармакотерапии. Часто у них выявлялись вкусовые предпочтения, обычно сладкой пюреобразной или полужидкой пищи. У части наблюдаемых в этой подгруппе лиц нарастала апраксия глотания, имитируя дисфагические расстройства – пациенты поперхивались, прекращали открывать рот, совершать жевательные и глотательные движения, постепенно сокращался объем принимаемой пищи, нарушалось глотание жидкой фракции пищи. Накормить этих пациентов не удавалось как при кормлении с ложки, так и попить из поильников.

Выводы

1. Нарушения пищевого поведения при поздних деменциях неоднородны по клиническим проявлениям, претерпевают разную динамику.

2. Разнообразие клинических форм нарушений пищевого поведения при поздних деменциях диктует необходимость дифференцированного подхода к терапевтическим мероприятиям. ■

Языкова И.М., аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП Уральского Государственного Медицинского Университета, г. Екатеринбург; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург; Адрес для переписки - НЕИЗВЕСТЕН@МАЙЛ.РУ

Литература:

1. Вознесенская Т. Г. Некогнитивные психические расстройства при когнитивных нарушениях в пожилом возрасте / Т. Г. Вознесенская // Неврологический журнал им. С. С. Корсакова. - 2010. - № 2. - С. 4 - 18.
1. Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: Evidence from Turkey / A. Yulmaz, E. Turan, D. Gundogar // Australasian Journal on Ageing. - 2009. - Vol. 28, № 1. - P. 16 - 21.
2. Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia / Prado-Jean A., Couratier P., Druet-Cabanac M. [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. - 2010. - Vol. 25 (10) - P. 1065 - 1072.
3. Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers / E. Goddard, P. Macdonald, A. R. Sepulveda // British Journal of Psychiatry. - 2011. - № 199. - P. 225 - 231.
4. Сиденкова А. П. Участие личностно-психологических факторов в развитии расстройств аффективного спектра у пожилых, оказавшихся в условии длительного семейного стресса / А. П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал. - 2013. - № 7. С. 5-10.
5. Russ T. C. Cognitive and behavioural predictors of survival in Alzheimer disease: results from a sample of treated patients in a tertiary referral memory clinic / T. C. Russ, G. D. Batty, J. M. Starr // International Journal of Geriatric Psychiatry. - 2012. - Vol. 27, № 8. - P. 844 - 853.
6. Does dementia predict adverse hospitalization outcomes? A prospective study in inpatients aged / D. Zekry, F. Herrmann, R. Grandjean [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. - 2009. - Vol. 24, № 3. - P. 283 - 291.
7. Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities / D. Gaskill, L. J. Black, E. A. Isenring // Australasian Journal on Ageing. - 2008. - Vol. 27, № 4. - P. 189 - 194.8.
8. Мишарин В. Ю. Работа социальной службы в психиатрической больнице / В. Ю. Мишарин, Н. А. Багаутдинова, Е. В. Кузнецова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - Т. 22 № 2 - С. 60 - 62.
9. Aselage M. B. An evolutionary analysis of mealtime difficulties in older adults with dementia / M. B. Aselage, E. J. Amella // Journal of Clinical Nursing. - 2010. - Vol. 19, № 1-2. - P. 33 - 41.
10. Chang C. - C. Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia / C. - C. Chang, B. L. Roberts // Journal of Clinical Nursing. - 2011. - Vol. 20, № 15 - 16. - P. 2153 - 2161.
11. Chang C. - C. Cultural Perspectives in Feeding Difficulty in Taiwanese Elderly With Dementia / C. - C. Chang, B. L. Roberts // Journal of Nursing Scholarship. - 2008. - Vol. 40, № 3, P. 235 - 240. 9.
12. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long-term care facilities in Japan / M. Kutsumi, M. Ito, K. Sugiura [et al.] // Psychogeriatrics. - 2009. - Vol. 9, № 4. - P. 186-195
13. Oral Feeding Options for People with Dementia: A Systematic Review / L. C. Hanson, M. Ersek, R. Gilliam [et al.] // Journal of the American Geriatrics Society. - 2011. - Vol. 59, № 3. - P. 463 - 472.
14. Костюченко Л. Н. Парентерально - энтеральная коррекция дисбаланса аминокислот у пациентов старческого возраста / Л. Н. Костюченко // Журнал «Трудный пациент». - 2007. - том 5, № 5. - С. 25
15. Обухова О. А. Патологические предпосылки белково - энергетической недостаточности и возможности ее коррекции сбалансированным раствором аминокислот Инфезол. О. А. Обухова, Ш. Р. Кашия, И. А. Курмуков // Трудный пациент. - 2008. - том 6, № 4. - С. 37- 42.