

Языкова И.М.

Нарушения пищевого поведения в структуре поведенческих и психопатологических расстройств при поздних деменциях

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург

Языкова И.М.

Infringements of food behaviour in behavior and psychopathologic disorders at late dementia

Резюме

Нарушение пищевого поведения при деменциях является частным случаем бихеовиоральных факультативных симптомов слабоумия. С целью определения клинического разнообразия расстройств пищевого поведения при деменциях, проведено архивное выборочное исследование структуры поведенческих нарушений у пациентов с деменцией при различной степени выраженности когнитивных показателей. Выявлена клиническая гетерогенность пищевых девиаций, их высокая коморбидность с иными психопатологическими факультативными феноменами, неблагоприятный прогноз.

Ключевые слова: деменция, нарушения пищевого поведения

Summary

Infringement of food behavior at dementia is a special case behavior facultative symptoms of weak-mindedness. For the purpose of definition of a clinical variety of frustration of food behavior at dementia, archival selective research of structure of behavioural infringements at patients with dementia is conducted at various degree of expressiveness cognitive indicators. Clinical heterogeneity of food deviations, their high comorbidity with other psychopathological facultative phenomena, the adverse forecast is revealed.

Keywords: dementia, infringements of food behavior

Введение

Современные демографические процессы, связанные с постарением населения, обуславливают актуальность изучения медицинских проблем, свойственных лицам старших возрастных групп. Тяжелые когнитивные нарушениями (деменции) являются возраст-специфическими расстройствами, требующими изучения в силу их широкой распространенности и высокой социально-экономической значимости. Симптомы деменции традиционно разделяются на облигатные (когнитивные) и дополнительные (факультативные) психопатологические расстройства. Единой классификации дополнительных симптомов деменции нет. Отечественные геронтопсихиатры выделяют в дополнительных симптомах деменции поведенческие, психотические и депрессивные расстройства [1]. В зарубежной литературе говорится о каждом отдельном симптоме (бред, галлюцинации, нарушение ночного сна, агрессия и т.д.) без систематизации их по группам [2,3]. Burns A., Jacoby R., Levy R. (1990) отмечают высокую суммарную встречаемость дополнительных симптомов у пациентов с болезнью Альцгеймера – до 50% и более процентов на разных этапах ее развития [4]. D.V. Jeste, S.Finkel (2000) указывают,

что при болезни Альцгеймера тревога наблюдается в 80% случаев, депрессия – в 20 – 30% случаев, психотические расстройства в 30 – 50% [5]. Ряд авторов указывает на корреляцию интенсивности факультативных симптомов и выраженности деменции [6].

Факультативные симптомы определяют индивидуальный психопатологический профиль деменции отдельного пациента, качество его жизни, жизни ухаживающего за ним лица, дополнительные экономические затраты на уход и лечение [1, 2]. Механизмы, связывающие когнитивные и поведенческие расстройства у пациентов с деменцией остаются предметом научных дискуссий. Генез нарушений пищевого поведения у пациентов с деменциями изучен мало. Высказывается мнение, что механизм пищевого поведения повышенной интенсивности при слабоумии связан со снижением тормозящего влияния коры на подкорковые центры [1,2]. Появление булимии либо развитие кахексии трактуется как общесоматические дистрофические изменения на терминальных стадиях болезни, обусловленные присоединением соматической патологии [7]. С позиций бихеовиоральной физиологии, патологическое пищевое поведение при деменции является следствием множественного дефицита

ВМФ, обеспечивающих результативность поведенческого акта: со стадии анализа ведущей потребности организма, формирования мотива, планирования действия, самого действия и сличения результата с запланированным [8].

Таким образом, малая изученность проблем пищевого поведения у лиц старших возрастных групп, страдающих деменцией, сложность и многообразие механизмов, вызывающих данные поведенческие проблемы, их клиническая значимость для ведения и прогноза обуславливают высокую актуальность данной проблемы.

Цель исследования: изучение клинических вариантов патологического пищевого поведения при поздних деменциях.

Материалы и методы

Проведено архивное выборочное исследование 46 медицинских карт стационарных больных, находившихся в геронтопсихиатрическом отделении ГБУЗ СО «Свердловской областной клинической психиатрической больницы» с 2008 по 2011 г.г. В представленной выборке стационарные медицинские карты 6 мужчин, 40 женщин. Средний возраст обследованных лиц составил 78,51+7,0 лет. Средняя вероятная (по анамнестическим сведениям со слов информантов) продолжительность деменции на момент госпитализации 4,9+2,3 года. Средний балл по MMSE составил 10,4+6,2.

Применялись архивный, клинко-психопатологический, психометрический, статистический методы исследования. Инструментом исследования являлась «Стандартизированная карта пациента с когнитивным расстройством», в которую в соответствии с задачами исследования включены домены MMSE, CDR, NPI, BRISTOL-ADL.

Критерии отбора в группу исследования:

1. Клинически верифицированный синдромальный диагноз «деменции», основанный на диагностических рекомендациях МКБ – 10;
2. Нарушения пищевого поведения у пациента за период наблюдения в стационаре.

Результаты и обсуждение

Исследуемая выборка была представлена: в 12 случаях (26,1 %) сосудистой деменцией (F 01.84), в 11 случаях (23,9%) смешанной (сосудистая и атрофическая) деменцией (F 00.24 + G 30.8), в 7 случаях (15,2%) деменцией при болезни Альцгеймера с ранним началом (F01), в 10 случаях (21,7%) деменцией при болезни Альцгеймера с поздним началом, в 6 случаях (13,0%) деменция развилась в результате смешанных причин. Распределение по тяжести деменции (в соответствии с кратким нейропсихологическим исследованием): у 4 человек (8,7%) – легкая деменция, у 10 человек (21,7%) – умеренная деменция, у 9 человек (19,6%) – умеренно-тяжелая деменция, у 23 человек (50%) – тяжелая деменция. Средний показатель по шкале функциональной активности пациентов (Bristol – ADL) составил 46,4+8,6 баллов, что соответствовало тяжелой степени поражения функциональной активности.

Причинами госпитализаций участников исследования явились: в 45,6% случаев нарушения ночного сна и ночного поведения, в 43,5% случаев - агрессивное поведение в адрес ухаживающего, в 41,3% случаев – нарушение сознания с психомоторным возбуждением, ажитацией, нарушением поведения, тотальной дезориентировкой, в 34,8% случаев – отказы от приема пищи, в 26% случаев – бредовое поведение, 23,9% - расстройства восприятия, 21,7% - сниженное настроение с суицидальными высказываниями.

После купирования факультативных расстройств, послуживших причинами госпитализаций, улучшение когнитивного статуса и функциональной активности наблюдалось в 45,6% случаев (21 человек), отсутствовали изменения в когнитивном, функциональном и психопатологическом статусах в 21,7% случаев (10 человек). У 32% пациентов, госпитализированных по причине отказа от пищи в домашних условиях последовал летальный исход.

Нарушения пищевого поведения, сформировавшиеся на догоспитальном этапе нарушения пищевого поведения были представлены количественными нарушениями (отказы от пищи) (11 случаев) и качественными (изменения пищевых предпочтений с уменьшением объема принимаемой пищи) (3 случая). Отказы от пищи сочетались с бредовыми расстройствами – идеями отношения, малого ущерба в адрес родственников (2 чел.), бредом отравления в адрес ухаживающего лица (2 чел.), со сниженным настроением, раздражительностью, плаксивостью, нежеланием жить (4 чел.). В 3-х случаях пациенты с тяжелой альцгеймеровской деменцией отказывались от пищи в состоянии помраченного сознания, при этом они были агрессивны к ухаживающему. Изменения пищевых предпочтений сформировавшиеся на догоспитальном этапе сочетались с ипохондрическими бредовыми идеями, «объяснявшими» «нарушения» глотания (1 чел.) и избегания потребления жидкой пищи; поиском «полезных»/«вредных» продуктов при бредовой убежденности в наличии онкологической патологии (1 чел.); изолированное предпочтение высокоуглеводной пищи с ограничением употребления других продуктов. У пациентов с нарушением пищевых предпочтений на фоне бредовых расстройств (малого ущерба, отравления) наблюдалась положительная динамика на фоне терапии – в стационаре ели достаточно, не высказывая определенных предпочтений по мере дезактуализации бредовых идей. В одном случае - в сочетании с ипохондрическим бредом (убежденность в наличии у себя онкологического заболевания) наблюдалась положительная динамика пищевого поведения на фоне терапии, но бредовые идеи сохранялись актуальными, катанестически у этого пациента после самостоятельного прекращения приема поддерживающей терапии вновь наблюдались отказы от пищи, которые послужили причиной повторной госпитализации. У пациентов с нарушениями пищевого поведения на фоне эпизодов спутанного сознания наблюдалась положительная динамика – по мере купирования эпизодов спутанности они ели в достаточном объеме. Наиболее стойкими нарушениями пищевого поведения (отказы от пищи) наблю-

Таблица 1. Встречаемость дополнительных (психотических, поведенческих) симптомов деменции у пациентов с нарушением пищевого поведения

Название симптома	Степень выраженности симптома				Частота встречаемости симптома				Всего
	Нет симптома	Легкая	Умеренная	Тяжелая	Менее 1 раза в нед.	1 раз в нед.	3-4 раза в нед.	Каждый день	
Бред	83,6%	2,2%	8,7%	6,5%	0	0	15,2%	2,2%	46
Р-ва восприятия	92,3%	0	4,3%	4,3%	0	2,2%	6,5%	0	46
Ажитация /агрессия	37 %	0	17,4 %	45,6%	2,2%	6,5%	43,5%	10,9%	46
Депрессия/дисфория	50 %	0	23,9%	26,1%	0	0	26,1%	23,9%	46
Тревога	41,3 %	0	32,6%	26,0 %	0	4,3%	43,5%	10,9%	46
Эйфория	95,7 %	0	4,3%	0	0	0	4,3 %	0	46
Апатия	56,5 %	0	15,2 %	28,3%	0	0	8,7 %	34,8%	46
Рассторженность	87 %	0	8,7 %	4,3 %	0	4,3%	6,5 %	2,2%	46
Раздражительность	67,4 %	2,2%	13,0 %	17,4%	2,2%	8,7%	10,9 %	10,9%	46
Абerrантно е поведение	71,7 %	2,2%	19,6 %	6,5%	0	0	10,9%	17,4%	46
Нарушения ночного поведения и сна	19,6 %	2,2%	36,9 %	41,3%	0	2,2%	65,2 %	13,0%	46

дались у пациентов с депрессивными расстройствами, что коррелировало со стойкостью гипотимии.

В период госпитализации расстройства пищевого поведения выявлялись в следующих случаях: отказы от пищи у пациентов в остром психотическом состоянии (спутанном состоянии сознания) с психомоторным беспокойством, негативизмом к ухаживающим, нарушениями ночного сна (10 чел.); отказы от пищи у пациентов с бредовыми расстройствами (2 чел.); у пациентов с выраженной гипотимией (2 чел.); при утяжелении деменции с трансформацией умеренной деменции в тяжелую (4 чел.) при отсутствии иных факультативных симптомов деменции. Изменения вкусовых предпочтений с качественными нарушениями пищевого поведения наблюдались в 6 случаях, имели связь с ухудшением когнитивного функционирования. В пяти случаях нарушения пищевого поведения носили характер сложного агностически-апрактического поведения, они наблюдались у пациенток с тяжелой поздней альцгеймеровской либо смешанной деменцией. Клинически обнаруживалась потеря интереса к пище, неспособность есть самостоятельно, не было высказываний о желании есть, был снижен объем съедаемой пищи при кормлении с ложки (прекращали открывать рот, совершать жевательные и глотательные движения). У семи пациентов нарушения пищевого поведения проявлялись повышенным аппетитом, отсутствием чувства насыщения. Такие пациенты съедали дополнительный объем пищи (добавки к порции, продукты из передач), после кормления продолжали высказывать желание поесть, жаловались на чувство голода. При этом у пяти пациентов на фоне повышенного аппетита и повышенного объема потребляемой

пищи наблюдалась отрицательная динамика массы тела. На фоне терапии динамики расстройств пищевого поведения не наблюдалось. В четырех случаях наблюдался летальный исход в период госпитализации на фоне декомпенсации сопутствующей соматической патологии. При этом по мере ухудшения соматического состояния объем съедаемой пищи уменьшался, наблюдались отказы от пищи вследствие обострения сопутствующей соматической патологии. Нозологическая принадлежность деменции в этой группе пациентов – деменция в результате смешанных причин (травматического, токсического, сосудистого генеза), в одном случае – деменция при хорее Гентингтона.

Обобщенный анализ сочетания феномена нарушенного пищевого поведения с иными психопатологическими симптомами показал (Таб.1), что в исследуемой выборке пациентов с нарушенным пищевым поведением на госпитальном этапе наблюдалась высокая частота встречаемости нарушений ночного сна и поведения в ночное время – 80,4 %, ажитации (агрессии) – в 63%, депрессии (дисфории) - в 50 %, абerrантного поведения – 28,3 %. Все выявленные психопатологические феномены достигли степени умеренной либо тяжелой выраженности, встречались несколько раз в неделю.

Выводы

1. Результаты проведенного архивного выборочного исследования 46 клинических случаев гетерогенных по нозологической принадлежности деменций показал, что нарушения пищевого поведения у пациентов с деменцией неоднородны по клиническим проявлениям и динамике.

2. Нарушения пищевого поведения имеют высокую коморбидность с иными психопатологическими факкультативными феноменами при деменциях.

3. Расстройства пищевого поведения по типу «отказов от пищи» коррелируют с высоким уровнем летальности пациентов старших возрастных групп, страдающих деменциями, что требует дальнейшего изучения

этих расстройств и разработки специализированных терапевтических стратегий. ■

Языкова И.М. - заведующая отделением № 9 ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург; Адрес для переписки: 620030, г. Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км, тел.: (343)229-98-29, e-mail: yazykovs@mail.ru

Литература:

1. Гаврилова С.И., редактор. Руководство по гериатрической психиатрии. М.: Пульс; 2011.
2. May M., Sartorius N. Dementia. Clinical Alzheimer Rehabilitation. Wiley; 2002.
3. Prem P., Rastogi N. Psychiatric and behavior phenomena in Alzheimer's disease. New York; 2000.
4. Burns A., Jacoby R., Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. British Journal of Psychiatry 1990; 157: 72-94.
5. Jeste D.V., Finkel S.I. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome. American Journal of Geriatric Psychiatry 2000; 8: 29-34.
6. Gum A., Petkus A., McDougal M., King-Kallimanis B. Behavioral health needs and problem recognition by older adults receiving home-based aging services. International Journal of Geriatric Psychiatry 2008; 24 (4): 400 - 408.
7. Малкина - Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо; 2007.
8. Батуев А.С., редактор. Физиология поведения: нейробиологические закономерности. Л.: Наука; 1987.