

Языкова И. М.¹, Сиденкова А.П.²

Нарушения пищевого поведения - отказы от пищи у больных старших возрастных групп с деменциями

1 - Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург; 2 - ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

Jazykova I. M., Sidenkova A.P.

Infringements of food behaviour - refusals of food at sick senior age groups with dementia

Резюме

Отказы от пищи являются наиболее частыми нарушениями пищевого поведения у больных с поздними деменциями. Изучена распространенность отказов от пищи у лиц с тяжелыми когнитивными расстройствами, поступивших на лечение в геронтологический стационар, проведен сравнительный анализ прогноза выживаемости данных пациентов в сравнении с лицами без снижения пищевого поведения.

Ключевые слова: отказ от пищи при деменции

Summary

Refusals of food are the most frequent infringements of food behavior at patients with late dementia. Prevalence of refusals of food at persons with heavy cognitive the frustration, arrived on treatment in a gerontological hospital is studied, the comparative analysis of the forecast of survival rate of the given patients in comparison with persons without decrease in food behavior is carried out.

Keywords: refusal of food at dementia

Введение

По отдельным данным, более чем у 50 % больных болезнью Альцгеймера на разных стадиях заболевания отмечаются нарушения поведения [3,4]. Исследователи-клиницисты Европы и США выделили в отдельную категорию «Психопатологические и поведенческие признаки и симптомы деменции» (ПППДСД) [«Psychological and Behavioral Signs and Symptoms of Dementia» (BPSSD)] [2]. В отдельных работах показано, что актуальность и нагрузка этих симптомов для родственников и лиц, осуществляющих уход за пациентом, гораздо важнее нарушений когнитивных функций, поведенческие расстройства служат наиболее частой причиной госпитализации или помещения в интернат больного деменцией [2]. Соматические симптомы, выявленные при деменции, дополняли нагрузку на опекающих лиц, усугубляли их фрустрацию и тревогу. Зарубежные исследователи во время ретроспективных опросов лиц, осуществляющих уход, выявили совокупность симптомов и признаков, наиболее стрессующих их, появившихся у индивидов с деменцией в последний год жизни: состояние спутанности (83 %), недержание мочи (72 %), боль (64 %), сниженное настроение (61 %), запор (59 %) и потеря аппетита (57 %) [2,9]. Нарушение пищевого поведения у пациентов с деменцией является одной из часто встречаемых проблем.

Согласно данным литературы, нарушения пищевого поведения у лиц с тяжелыми когнитивными расстройствами описываются чаще как булимия, опосредованная нарушением влияния коры головного мозга на подкорковые центры, извращение пищевого влечения – поедание несъедобных предметов, как крайнее проявление агностических нарушений.

Отечественными авторами отмечалось разнообразие нарушений аппетита и пищевого поведения при поздних деменциях, неоднородность механизма их формирования, прогноза и терапевтических подходов. Некоторые исследователи акцентировали внимание на данных проявлениях болезни как на симптомах, коррелирующих с высокой частотой госпитализации больных с деменцией в стационар [1]. В отдельных работах показано, что наиболее частыми и значимыми проблемами для ухаживающих являлись нарушения питания, связанные с несколькими причинами (сокращенное потребление пищи, низкая скорость обмена веществ, хроническое голодание, потеря аппетита, утрата чувства голода и потребности в регулярном приеме пищи, развитие диспраксии, нарушение последовательности движений, затруднявших процесс кормления, нарушение глотания) [5], появившиеся контрактуры и нарушения целостности кожи, нарушения функций мочевого пузыря (недержание) и кишечника.

ка (запор, недержание, снижение ощущений позывов на стул) с чувством дискомфорта, интоксикацией, что способствовало ухудшению психического состояния с развитием спутанности или возбуждения [6,10]. Пониженное питание и отказы от пищи наряду с физическим ограничением, приемом более трех медикаментов, катетеризацией мочевого пузыря, иными ятрогенными нарушениями коррелируют с высокой частотой развития делирия у больных с деменциями [10]. Клиницистами замечено, что отказы от пищи когнитивно сниженных пациентов, госпитализированных в кардиологический стационар, предшествуют выраженному ухудшению психического функционирования, дезориентировке, спутанности, тазовым расстройствам, необъяснимым падениям. Являясь поведенческим симптомом деменции, отказы от пищи детерминируют снижение качества соматического функционирования больных и ухудшение их психического тонуса. Ретроспективный опрос лиц, осуществляющих уход за больными с деменциями, проведенный в Великобритании, выявил, что потеря аппетита наблюдалась в 57% случаев и вошла в совокупность распространенных симптомов и признаков, появившихся у индивидов с деменцией в последний год жизни наряду с состояниями спутанности (83%), недержанием мочи (72%), болевым синдромом (64%), сниженным настроением (61%), запорами (59%) [8]. В США, где финансирование пребывания в хосписе по государственной программе бесплатной медицинской помощи престарелым требует прогнозируемого периода доживания менее шести месяцев, ряд исследователей сосредоточивались на изучении предикторов смерти при деменции [11]. Необходимость искусственного кормления при отказе от самостоятельного приема пищи рассматривается рядом авторов как самостоятельное показание для перевода в хоспис [2].

Разрабатывая данную проблему, исследователи отмечают многообразие механизмов нарушений. Целый ряд авторов указывали на возникающие проблемы при отказе больных от пищи: потеря аппетита, утрата чувства голода и потребности в регулярном приеме пищи [3,7]; развитие диспраксии и нарушение последовательности движений, приводящие к нарушениям приема пищи и кормления, нарушение глотания, в более тяжелых стадиях заболевания проблемой становится аспирационная пневмония [5]. В отдельных исследованиях выявлены статистически значимые связи между нарушениями пищевого поведения, в частности отказов от приема пищи, и выраженностью когнитивного расстройства, нарушениями гнозиса, поражением семантических функций, восприятие таких больных было диффузным, недифференцированным, дезавтоматизированным [7]. За рубежом геронтологи, изучая распространенность деменции в больнице общего профиля, причины поступления больных с деменцией, обнаружили корреляции между качеством питания, деменцией, длительностью пребывания в стационаре, показав рост затрат и показателей внутрибольничной смертности при склонности больных к отказам от питания [9].

Таким образом, проблема отказов от пищи, нару-

шения пищевого поведения при деменциях является актуальной в силу высокой медицинской значимости, малой методологической разработанности прогностического значения продолжительности жизни пациентов с деменциями.

Материалы и методы

В настоящей статье представлены результаты ретроспективного выборочного бесповторного анализа 170 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в геронтологическом отделении Свердловской областной клинической психиатрической больницы в 2008-2010 годах. При заполнении медицинских карт применялся клинический, клинико-динамический, психометрический методы.

Критериями отбора в группу исследования явились следующие параметры:

1. Клинически верифицированный (на основании диагностических рекомендаций МКБ-10) диагноз «деменция».

Целью исследования явилось изучение распространенности отказов от пищи у лиц с деменциями, поступивших на лечение в геронтологический стационар и сравнительный анализ прогноза выживаемости данных пациентов в сравнении с лицами без снижения пищевого поведения.

Результаты и обсуждение

Методом архивного ретроспективного анализа изучено 170 медицинских карт стационарных карт пациентов, страдавших деменциями (37 мужчин, 133 женщины). Средний балл по MMSE всей выборки составил 14,3±2,75 баллов.

Частота случаев отказов пациентов от пищи, согласно архивным данным, наблюдалась у 30 человек, что составило 17,64 %. 140 пациентов без нарушения пищевого поведения составили группу сравнения (82,36%).

Нозологическая принадлежность синдрома деменции разнообразна, не выявлено достоверных отличий по группам (Таб.1).

Изучение случаев с зафиксированными отказами от пищи показало, что средний возраст этих больных составил 80,63±7,63 года. В основной группе 4 мужчин, 26 женщин. Характеристики основного заболевания представлены в таблице 2.

Клинический анализ показал поливариантность снижения пищевого поведения.

У 11 пациентов отказывались от пищи, пребывая в состоянии нарушенного сознания. Нарушения пищевого поведения развивались догоспитально, сопровождались иными поведенческими расстройствами, совокупность которых являлась основной причиной госпитализации этих больных. Больные данной подгруппы на фоне выраженной дезориентации сопротивлялись помощи ухаживающего лица при проведении гигиенических процедур, переодевания, проявляя вербальную и физическую агрессию. Подобный модус поведения наблюдался в стационаре, пациенты отказывались от приема пероральных ле-

Таблица 1. Распределение пациентов групп исследования по нозологическим типам деменции

Нозологическая принадлежность деменции	Пациенты с нарушениями пищевого поведения		Пациенты без нарушения пищевого поведения	
F 00.0 + F 00.1	N= 12	40%	N= 40	28,58%
F 00.24	N= 4	13,3%	N= 42	30%
F 01.8	N= 10	33,4%	N= 43	30,71%
F 02.8	N= 4	13,3%	N= 15	10,71%
Всего	N= 30	100%	N= 140	100 %

Таблица 2. Клинико-демографические параметры участников основной группы

Тяжесть деменции	Средний возраст пациентов	Давность заболевания	Средний балл MMSE
Легко выраженная деменция (n= 4)	80,0±4,0	3,37±1,06	21,4±1,2
Умеренно выраженная деменция (n=11)	78,36±8,57	3,57±0,98	17,8±3,2
Тяжелая деменция (n=15)	76,06±7,16	7,20±2,50	9,4±0,3

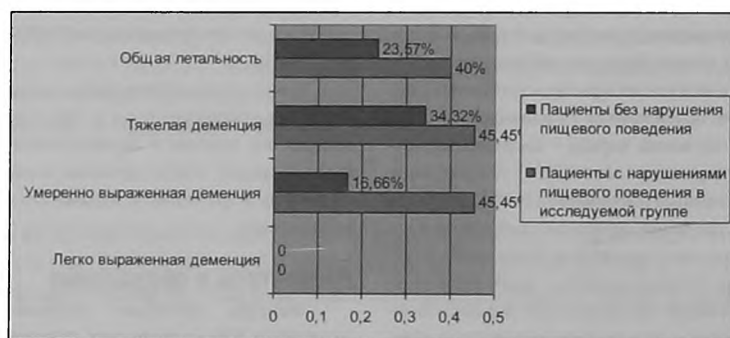


Рис.1. Показатели летальности в группах лиц с различным пищевым поведением

карственных средств, пищи. По мере нормализации уровня сознания купировались аффективные и поведенческие нарушения, восстанавливалась способность к самостоятельному приему пищи в адекватном объеме. Пациенты данной подгруппы страдали деменцией различной выраженности.

У двух пациентов с легкой выражено деменцией отказы от пищи развивались на фоне депрессивно-ипохондрических нарушений. На фоне адекватной терапии несмотря на дезактуализацию депрессивно – ипохондрических переживаний, нормализацию фона настроения, расстройства пищевого поведения оставались наиболее стойкими, пациенты не отказывались от приема пищи вообще, но наблюдалось ограничение объема съедаемой пищи, что самими пациентами «рационализировалось» («Я всегда так мало ем», «Мне хватает»).

В 12 случаях пациенты отказывались от приема пищи находясь в ясном сознании. Нарушение пищевого поведения у них развивалось на фоне ухудшения как психического (нарастающее снижение когнитивных функций, снижение навыков самообслуживания), так и физического состояния (нарастание общей астении, уменьшение двигательной активности). В данных случаях отказы от пищи являлись частным случаем поведенческих расстройств. При этом пациенты оказывали активное со-

противление попыткам накормить их. Несмотря на имеющиеся данные о том, что на поздних стадиях атрофических деменций возможно оживление рефлексов орального автоматизма, накормить этих пациентов не удавалось как при кормлении с ложки, так и попить из поильников (по типу детской соски). При раздражении периоральной зоны эти пациенты сжимали губы, челюсти, пытались оттолкнуть ложку или поильник, в случае попадания пищи в полость рта – выталкивали ее языком. Дальнейшее наблюдение за этими больными показало, что при отсутствии ОНМК у них нарастали дисфагические расстройства – пациенты поперхивались, сохранялось глотание жидкой фракции пищи, затем нарушалась и эта функция. Тяжесть состояния определялась ухудшением соматического статуса больных, с усугублением кахексии, гипотонии. У всех этих пациентов и следовал летальный исход. Ретроспективные сведения, изложенные в историях болезни показали, что у одного из этих пациентов до ухудшения состояния наблюдались повышенный аппетит, отсутствие чувства насыщения, требования накормить его сразу же после приема пищи. Но в динамике по мере общего ухудшения состояния несмотря на проводимую терапию отмечалось снижение аппетита с последующими активными отказами от приема пищи (агрессия к персоналу при попытках накормить, выплевывание пищи).

У пяти пациентов выявлялись отказы от приема пищи вследствие выраженных амнестических, агностических и апрактических расстройств. Такие пациенты не способны были к самостоятельному приему пищи, в высказываниях отказывались от приема пищи, не жаловались на чувство голода, но при активном кормлении с ложки принимали пищу в адекватном количестве.

Сравнительный анализ летальности за период наблюдения пациентов с отказами от приема пищи и больных с сохранным пищевым поведением показал значимые отличия по данному параметру (Рис. 1), показатели летальности у лиц с нарушением пищевого поведения достоверно выше.

Выводы

Таким образом, проведенный ретроспективный анализ показал, что отказы от пищи у лиц, страдающих поздними деменциями, могут являться самостоятельной при-

чиной госпитализации пациентов в стационар. Отказы от пищи у пациентов с деменциями разнообразны, в ряде случаев они являются проявлениями поведенческих, аффективных расстройств при деменции, либо могут рассматриваться как феноменологическое проявление познавательного дефицита при тяжелых когнитивных расстройствах. Медицинское и социальное значение проблемы отказа от приема пищи при деменциях обусловлено высоким уровнем летальности данных больных. ■

Языкова И.М., Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург; Сиденкова А.П., к.м.н. кафедра психиатрии факультета повышения квалификации ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Сиденкова Алена Петровна. E-mail: sidenkovs@mail.ru

Литература:

1. Белоусов Ю.Б., Чикина Е.С., Медников О.И. Фармакоэкономические аспекты лечения деменции в РФ. РМЖ, т.13, ц 20, 2005
2. Coen R., Swanwick G., O'Boyle C. Behavioural disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease // International Journal of Geriatric Psychiatry. 1997. 12, 331-336
3. Cummings J. Neuropsychiatric assessment and intervention in Alzheimer's disease // Int Psychogeriatr. 1996. 8:25-30
4. Cummings J. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients // Neurology. 1997. 48(Suppl 6): S10-16
5. Ikeda M., Brown J., Holland A. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. 2005. 73, 371-376
6. Hoffmann P., Zapotoczky G. The Elderly Depressive Out-patients in Primary Care // International Conference on Aging, Depression and Dementia Proceedings/ Edit by Wueselmann G. Wien-Munchen-Bern, 2005. — p.203 -206
7. Kurat A., Blass J., Nolan K., Black R., Thaler H. Relationship between cognitive status and behavioral symptoms in Alzheimer's disease and mixed dementia // JAGS. 1993. Vol.41. P.732-736
8. McCarthy M., Addington-Hall J., Altmann D. The experience of dying with dementia: a retrospective study // International Journal of Geriatric Psychiatry. 1997. 12, 404-409
9. Lyketsos C. G., Sheppard J., Rabins P. Dementia in Elderly Persons in a General Hospital // AJP 2000; 157:704707
10. Regnard C., Huntley, M. E. Managing the physical symptoms of dying // Palliative Care in Severe Dementia. 2006, p. 22-44
11. Julian C. Hughes, David Jolley, Alice Jordan и Elizabeth L. Sampson Advances in Psychiatric Treatment 2007; 13: 251-260