

Нарушения аппетита и пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями

Языкова И. М. врач-психиатр Свердловской областной клинической психиатрической больницы, г. Екатеринбург

Сиденкова А. П., к. м. н., факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки, кафедра психиатрии Уральской государственной медицинской академии, г. Екатеринбург

Disorders of appetite and food behaviour at late dementia

Yazykova I. M., Sidenkova A. P.

Резюме

Целью исследования является изучение клинических разновидностей и прогностической значимости расстройств аппетита и пищевого поведения, выявляемых в синдромальной структуре деменций. Основные методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический, статистический. Результаты исследования выявили присутствие нарушений аппетита и пищевого поведения в клинической структуре поздних деменций, разнообразных по механизму формирования, феноменологии, прогнозу и терапевтическим подходам. Нарушения пищевого поведения свидетельствуют о тяжести дементирующего процесса.

Ключевые слова: деменция, нарушения аппетита, расстройства пищевого поведения при деменциях.

Summary

Research objective is studying of clinical versions the importance of frustration of appetite and the food behaviour to structure dementia. The basic methods of research: kliniko-psychopathological, psychometric, statistical. Results of research have revealed presence of infringements of appetite and food behaviour at clinical structure late dementia. Infringements of food behaviour testify to weight at dementia process.

Keywords: dementia, disorders of appetite, frustration of food behaviour at dementia

Введение

Проблемы, связанные с нарушениями аппетита и особенностями пищевого поведения, изучаются в контексте нескольких медицинских дисциплин: эндокринологии, гастроэнтерологии, психиатрии и др.. Международной классификацией болезней 10-го пересмотра эти расстройства выделены в отдельную диагностическую категорию (МКБ-10 F50), что свидетельствует о самостоятельном клиническом значении данных расстройств. Наиболее разработанными для диагностики, понимания прогноза, определения терапевтической тактики являются вопросы нервной анорексии и булимии. Спектр расстройств аппетита и затруднений питания шире. Особое значение нарушения питания приобретают в позднем возрасте, поскольку их связь с физиологическими

процессами старения, соматическим функционированием, психической деятельностью становится наиболее тесной. Согласно результатам эпидемиологических исследований [4], в Российской Федерации у лиц старше 60 лет похудание, как факт значительной потери массы тела, по крайней мере, 5% от исходной массы тела в течение 6 месяцев, встречается у 20% пожилых, что значительно чаще, чем в любой другой возрастной категории. Ожирение в старшей возрастной группе выявляется в 2,0-2,5 раза чаще, чем в возрасте 20-25 лет. В структуре причин нарушенного веса лидируют: неправильное питание, психогенные анорексия/булимия (как гипо-/гиперфагические реакции на стресс), депрессия, хронические соматические болезни, онкологическая патология, слабоумие, недостаточность сенсорных функций (обоняние, вкус), прием некоторых лекарственных средств и др. [6, 7]. Расстройства пищевого поведения у лиц старших возрастных групп приводят к развитию энергетического и водно-электролитному дисбалансу, белково-энергетической недостаточности, другим дисметаболическим нарушениям. На тесные связи между соматическим состоянием организма и уровнем психического функционирования указывали многие отечественные

Ответственный за ведение переписки -
Сиденкова Елена Петровна
620219, г. Екатеринбург, ул. Ретина, 3;
тел.: 8 (343) 371-34-90,
факс: 8 (343) 371-64-00;
E-mail: sidenkoes@mail.ru

и зарубежные авторы [1, 6, 7]. Эти же соотношения актуальны для пациентов, страдающих когнитивными нарушениями. На соматогенно опосредованное развитие психотических расстройств, состояний спутанности, общее снижение функционирование при деменции указывали Э.Я.Штернберг [8], С.И.Гаврилова [2] и др. Имеются указания на нарушение пищевого поведения у пациентов с деменцией в рамках депрессивных, бредовых расстройств [1]. Определяя важность состояния пищевого поведения и уровня аппетита, данные симптомы выделены в отдельную рубрику «Поведенческие и психические нарушения при деменции» [13], они учитываются в современных психометрических инструментах (NPI) [11], что позволяет ранжировать их выраженность при разных типах деменций. В структуре деменций наблюдается снижение аппетита с подавлением пищевого поведения, усиление аппетита с активацией пищевого поведения, искажение пищевого поведения с формированием особого поведения в процессе приема пищи, искажение в предпочтении того или иного вида пищи, не пищевые манипуляции с продуктами (припрятывание остатков пищи (хоардомания), накопление продуктов впрок) [12]. В настоящее время мнения клиницистов о распространенности и типологии пищевых проблем при деменциях противоречивы. По мнению американского исследователя S.Finkel [9], разнообразные нарушения пищевого поведения встречаются при длительно текущем тяжелом альцгеймеровском слабоумии. Ikeda M. с соавторами [10] описал нарушения пищевых привычек с характерным предпочтением к сладкой пище при лобно-височных деменциях. Отечественные авторы относят нарушения аппетита и пищевого поведения к наиболее редким расстройствам в структуре деменции при болезни Паркинсона [5]. В.В.Захаров, А.Б.Локшина [3], считают, что нарушения пищевого поведения не характерны для сосудистой деменции. Некоторые исследователи акцентировали внимание на данных проявлениях болезни как на симптомах, коррелирующих с высокой частотой госпитализации больных с деменциями в стационар [12]. Нарушение питания чаще рассматривается как результат эмоциональных расстройств, но оно самостоятельно может провоцировать развитие психических и соматических расстройств [1]. Таким образом, проблема нарушенного аппетита и пищевого поведения при деменциях является актуальной в силу высокой медицинской значимости, малой методологической разработанности, немногочисленности и противоречивости литературных сведений.

Материалы и методы

В 2009 году на базе Свердловской областной клинической психиатрической больницы проведено выборочное архивное ретроспективное исследование клинических особенностей синдромов деменций у пациентов, госпитализированных в специализированное геронтопсихиатрическое отделение СОКПБ в 2005-2009 годах. При заполнении медицинских карт применялся клинический, клинико-динамический, психометрический методы.

Бесспорно были отобраны 53 стационарных ме-

дицинских карты пациентов, имевших при поступлении нарушения пищевого поведения, из них 8 мужчины, 45 женщины. Количество отобранных клинических случаев составило 11% от общего числа больных, находившихся на лечении в настоящем стационаре за описанный период.

Критериями включения пациентов данную группу были:

1. Клинически верифицированный (на основании диагностических рекомендаций МКБ-10) диагноз «деменция»;
2. Нарушения пищевого поведения/аппетита, имевшие клиническую значимость, являлись непосредственной причиной госпитализации.

Результаты и обсуждение

В группе исследования деменция альцгеймеровского типа обнаружена в 7 случаях (13,2%), сосудистая в 22 случаях (41,5%), смешанная деменция в 16 случаях (30,2%), деменция полигенной этнологии в 8 случаях (15,1%). Средняя продолжительность деменции по группе исследования составила 6,8±3,4 года.

Тяжесть деменции оценивалась по шкалам MMSE и CDR. В группе исследования средний балл по шкале MMSE составил 15,6±3,4 балла, тяжесть деменции по шкале CDR от легко выраженной до умеренно-тяжелой деменции. Степень функциональных потерь определялась с помощью шкалы Bristol-ADL, в среднем в группе по данной методике 48,3±8,0 баллов, что свидетельствует о высокой степени зависимости от ухаживающего лица. Объективизация клинических феноменов нарушенного питания проводилась посредством заполнения пунктов «Нейропсихологического опросника» (NPI-NH). Использование психометрического метода в 50,1% случаев позволил выявить симптомы агрессии/ажитации, в большинстве случаев спянных с попытками ухаживающего лица накормить больных, в 79,2% обнаруживались нарушения сна (засыпания, ночные пробуждения) и поведения в ночное время (блуждания).

Оценка объективности «достаточности» снижения/повышения аппетита у пациентов нуждалась в объективизации. В условиях стационара расчет калоража средней порции исходил из нормы суточной потребности в калориях. Условно аппетит определялся достаточным в тех случаях, когда пациент съел за кормление полную порцию. Учет индивидуальных потребностей каждого пациента его пищевых пристрастий в рамках настоящего исследования не проводился. Оценивались количество фактически съеданной пищи и пищевое поведение (требования накормить, утверждения пациента о том, что он голоден, высказывания о нежелании есть, отказ от приемов пищи и т.д.).

В исследованных случаях посредством ретроспективного архивного исследования выделено 3 типа нарушенного пищевого поведения: повышенные аппетита (9 чел.- 16,9%), извращенное пищевое поведение (послание несъедобных предметов, манипуляции с пищей) (6 чел.- 10,4 %); снижение аппетита (38 чел.- 72, 7%). Подроб-

нее анализировались случаи сниженного пищевого поведения. Выделены следующие клинические варианты нарушения пищевого поведения у пациентов со сниженным аппетитом:

1. Снижение аппетита, сочетанное с избирательностью в приеме пищи (3 чел.). Средний возраст этих больных 86,1±5,0 лет, деменция умеренно-тяжелой степени выраженности. Такие пациенты предпочитали полужидкую или пюреобразную пищу со сладким вкусом, количество съеданной пищи 150 – 200 мл за прием, кормление осуществлялось только с посторонней помощью.

2. Снижение аппетита, сочетанное с гипотимией (9 чел.). Средний возраст этих больных 77,7±3,5 лет, деменция легкой – умеренной степени выраженности. У пациентов этой группы снижение аппетита расценивалось как симптом аффективных нарушений. Эти больные ели самостоятельно, не досадили порции, предложенную пищу съедали после уговоров персонала. При нормализации настроения в процессе антидепрессивной, вазоактивной, общеукрепляющей терапии аппетит нормализовался.

3. Снижение аппетита, сочетанное с отказом от пищи (6 чел.). Средний возраст пациентов 69,1±2,1 год. Все эти пациенты страдали альцгеймеровской деменцией, умеренно-тяжелой, тяжелой выраженности. Клинически выявлялись признаки тотально нарушенных гнозиса и праксиса, с нарушенными навыками самостоятельного приема пищи еще до развития данных пищевых расстройств. Таких пациентов не удавалось накормить вследствие утраты пациентами не только понимания процесса кормления, но навыков пережевывания, глотания, дифференцировки вкусовых ощущений, они подолгу держали пищу во рту перед тем, как проглотить, больные противодействовали попыткам накормить их, они стано-

вились моторно беспокойными, агитированными, оттащивали тарелки, ложки, руки ухаживающего.

4. Отказы от пищи в связи с состоянием помраченного (спутанного сознания) (22 чел.). Средний возраст 76,2±12,2 лет. Степень выраженности деменции от легкой до тяжелой степени выраженности. Нарушение пищевого поведения у этих пациентов наблюдалось в период помраченного состояния сознания, в большинстве случаев аппетит восстанавливался после купирования экзогенных психотических эпизодов. Агрессия, беспокойство развивались при попытках накормить этих пациентов.

5. Отказы от пищи по бредовым мотивам (3 чел.). Средний возраст больных 83,2±1,0 года. Все пациенты страдали деменцией легкой степени выраженности. Пациенты высказывали паранойяльные persecutorные идеи отношения, отравления, бред носил систематизированный хронический интерпретативный характер, сопровождался напряженным аффектом, враждебностью, что подтверждалось соответствующими пунктами шкалы NPI-NH.

Выводы

Таким образом, проведенный ретроспективный анализ показал, что нарушения аппетита и пищевого поведения могут являться самостоятельной причиной госпитализации пациентов, страдающих деменциями, в специализированный геронтопсихиатрический стационар. Выявлено, что при деменциях нарушается уровень аппетита и рисунок пищевого поведения. В настоящем исследовании наиболее часто встречались гетерогенные варианты снижения аппетита и отказного пищевого поведения, требовавшие дифференцированных диагностических и терапевтических подходов. ■

Литература:

1. Воробьева О.В. Депрессия как фактор, сопутствующий цереброваскулярной болезни // *Consilium Medicum* Т.9, №2, 2007
2. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. «Пульсар», 2007
3. Захаров В.В., Локшина А.Б. Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии // *Психиатрия и психофармакотерапия* Т.6, №2, 2004
4. Клинические рекомендации по ведению больных с нарушениями аппетита. Стандарты ведения больных. ИГ "ГЕОТАР-Меди", 2008
5. Литвиненко И.В., Одинак М.М., Могильна В.И., Емелин А.Ю. Эффективность и безопасность применения галантамина (реминила) при деменции у пациентов с болезнью Паркинсона (открытое контролируемое исследование) // *Психиатрия и психофармакотерапия* Т.7, №4, 2005
6. Хавинсон В.Х., Копылова С.С. Избранные лекции по геронтологии. С.-П., Прайм – Евронанк, 2008
7. Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г. Геронтопсихосо-
8. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. - М.: Медицина, 1977
9. Finkel S. Влияние ривастигмина на поведенческие и психические проявления деменции при болезни Альцгеймера (расширенный реферат) // *Психиатрия и психофармакотерапия* Т.5, №1, 2004
10. Ikeda M., Shigenobu K., Fukuhara R., Hokoishi K., Maki N., Nebu A., Komori K., Tanabe H. Эффективность флувоксамина при лечении поведенческих нарушений у пациентов, страдающих лобно-височной дегенерацией (реферат) // *Психиатрия и психофармакотерапия* Т.9, №3, 2007
11. Cummings JL. Treatment of Alzheimer's disease. *Clin Cornerstone* 2001; 3: 27–39
12. Douglas S., James I., Ballard C. Non-pharmacological interventions in dementia // *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; vol. 10, 171–179
13. Sartorius M. Dementia. Wiley, 2002