



Потеря памяти у пожилых: оценка, диагностика и лечение

DR ANITA ROSE

THE RAPHAEL HOSPITAL

UNITED KINGDOM



Введение



Общеизвестно, что на поздних этапах жизни происходит ухудшение когнитивных функций

Некоторые изменения происходят в связи с изменениями анатомии и физиологии головного мозга

Часто пожилой человек обращается к врачу, когда эти изменения уже обращают на себя внимание и влияют на качество жизни

Пожилой человек с жалобами на плохую память может иметь значительные нарушения по результатам тестов на память и другие когнитивные функции

Раннее распознавание и консультирование ведет к лучшим результатам

Понимание особенностей, позволяющих отличить когнитивный упадок, связанный с естественным процессом старения, от когнитивной дисфункции, связанной с нейрокогнитивными расстройствами (НКР), является обязательным в ведении таких пациентов



Естественное старение



Язык подвергается возрастным изменениям очень умеренно

Понимание языка остается сохранным, так же как словарный запас и синтаксис

Некоторые затруднения заметны при быстром подборе слов и в беглой речи

В то время как речевые способности остаются неизменными с возрастом, скорость обработки информации постепенно снижается

Регуляторные функции остаются сохранными при выполнении повседневных занятий, однако замедлены при выполнении новых задач и при многозадачности

С возрастом происходит уменьшение скорости обработки информации и замедление реакций (Lezak, 2004)



Нейрокогнитивные расстройства (НКР)



В классификации DSM-IV (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации IV пересмотра) НКР подразделяются на делирий, деменцию, амнестические и другие когнитивные расстройства.

В классификации DSM-V появился новый раздел– НКР, в котором выделяют следующие подразделы:

- делирий,
- большое НКР (ранняя деменция)
- легкое НКР (новая категория).

Разделение между большим и легким НКР происходит на основании причины и тяжести заболевания.

(В статье Ganguli *с соавт.*, 2011 дано более подробное описание НКР)





Люди с НКР имеют различную степень когнитивного дефицита.

НКР могут затрагивать различные аспекты когнитивной сферы, такие как:

- память,
- ориентация в пространстве,
- запоминание,
- понимание и суждение,
- контроль над эмоциями,
- нарушения поведения,
- нарушения рецептивного/экспрессивного общения,
- зрительно-пространственный дефицит и т.д.





Процесс когнитивных изменений

Изменения когнитивных функций, которые влияют на поведение и способность выполнять повседневные задачи

Нормальные когнитивные функции, которые помогают выполнять повседневные задачи



Деменция



Слово «деменция» происходит от двух слов – de (прекращение) + mens (ум, разум)

Синдром, связанный с патологией головного мозга

Обычно протекает хронически

Необратима, характеризуется прогрессирующим ухудшением

Обычно возникает у пожилых – у 10% людей старше 65 лет и у 1 из 2 людей старше 85 лет

Существует множество различных заболеваний, вызывающих деменцию (Avila-Funes, 2007).

Болезнь Альцгеймера (БА) является наиболее частой причиной (Reisberg, 1996; Venneri, 2007)





Нарушение/упадок когнитивных функций, включая нарушение памяти, без угнетения сознания, являются основным признаком.

Возникает в результате дегенерации головного мозга, на фоне общего заболевания, в результате постоянного употребления веществ либо множественной этиологии (например, совместный эффект цереброваскулярной болезни и БА).

По последним данным, отмечается снижение частоты деменции на западе (Matthews et al, 2013)

Возможно, в связи с тем, что около 50% случаев БА связаны со стилем жизни (Barnes & Yaffé, 2011)



ДИАГНОСТИКА





Деменция начинается постепенно

В начале заболевания пациент остается живым и восприимчивым к окружающей среде

Одна из главных причин недееспособности на поздних этапах жизни

У людей с деменцией возникают трудности в ведении независимого образа жизни и в выполнении социальных и профессиональных задач

Нарушения прогрессируют с нарастанием тяжести деменции

Для постановки диагноза деменции необходимы всесторонний скрининг и оценка





За последнее время разработки диагностических тестов, позволяющих поставить диагноз БА в продромальной и даже доклинической стадии (биомаркеры, генетическое тестирование), сделали большой скачок

Диагностический процесс по сути можно разделить на 4 главных этапа:

- выявление,
- постановка диагноза,
- уход
- наблюдение

(Buntinx et al, 2011; The European Joint Action on Dementia, 2013)



Скрининг



Мероприятия с целью выявления среди здоровых людей тех, у кого может быть высокий риск развития какого-либо заболевания

Для определения целесообразности выполнения программ скрининга должны выполняться критерии Уилсон и Джангнер (Wilson & Jungner, 1968)

По данным литературы, систематический скрининг на нейродегенеративные заболевания не рекомендуется, учитывая следующее:

- Критерии Уилсон и Джангнер не выполняются полностью, чтобы оправдать скрининг (Wilson & Jungner, 1968)
- Скрининговые тесты для выявления доклинической/асимптоматической БА и других форм деменции (screening) не показали достаточной эффективности (за исключением семейных случаев заболеваний)





В настоящее время нет данных о том, является ли выявление когнитивного дефицита среди пожилых людей, не находящихся в группе риска, экономически эффективным

Тем не менее, в некоторых публикациях отмечается снижение затрат в случае раннего выявления (Barnett et al., 2014; Getsios et al., 2012)

В некоторых публикациях показано, что ранняя постановка диагноза деменция не всегда уместна (De Lepeleire et al., 2004; De Lepeleire, 2009; Vernooij-Dassen et al., 2005; De Lepeleire & Heyrman, 1999):

- негативное отношение к деменции,
- ошибки диагностики,
- потеря независимости.



Диагностика



Своевременная диагностика облегчает процесс приспособления и адаптации.

“Своевременная” диагностика предполагает более индивидуальный подход, который приносит пользу пациенту.

Согласно рекомендациям NICE [Национальный институт усовершенствования клинической медицины Великобритании, 2016], диагноз деменции должен был поставлен только после всестороннего обследования, которое должно включать:

- тщательный сбор анамнеза у пациентов и ухаживающих за ними (например, IQCODE – Опросник снижения когнитивных способностей у пожилых людей (Harrison et al., 2014))
- исследование когнитивного и умственного состояния
- обследование физического состояния и другие необходимые исследования
- сбор информации о принимаемых лекарственных средствах с целью минимизировать их прием, включая нерецептурные препараты, которые могут отрицательно влиять на когнитивные функции





Тестирование когнитивных функций должно быть проведено строго и с использованием стандартизированных инструментов, таких как:

- Тест MMSE, часто используемый для этой цели
- Тест с 6 пунктами (6-CIT)
- Тест с рисованием часов
- Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA)
- Модифицированная Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R)
- Тест Мини-Ког (<http://www.azalma.be/download/geriatrie/Mini-COG.pdf>)
- Тест оценки когнитивных функций для врача общей практики
- Семиминутный тест.





При интерпретации тестов необходимо принимать во внимание все факторы, которые могут повлиять на их выполнение, включая:

- уровень образования,
- навыки и уровень подготовки,
- язык и нарушения чувствительности,
- психиатрические, физические или неврологические проблемы

Если во время нейропсихологического обследования не было выявлено объективных признаков когнитивных расстройств, пациенту необходимо предложить регулярно повторять обследование (Steward, 2012).

Нормальные результаты тестов не означают, что пациенту не нужно проводить более тщательное обследование, так же как и невысокие баллы не означают, что это обязательно случай деменции или, тем более, нейродегенеративного заболевания.



ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ





Вероятно, деменция проходит три стадии - легкую, умеренную и тяжелую

При ведении пациентов с деменцией необходим многоаспектный подход

Ведение пациентов включает как фармакологические, так и нефармакологические подходы

Необходимо осторожное фармакологическое вмешательство, и оно может быть очень полезным при проведении нефармакологических мероприятий

Ведение пациентов включает воздействие на Активность, Поведение и Познавательные способности



Фармакологические средства

ИНГИБИТОРЫ АЦЕТИЛХОЛИНЭСТЕРАЗЫ (Донепезил, Ривастигмин, Галантамин):

- в двойных слепых плацебо контролируемых исследованиях было показано, что они вызывают умеренные, но значимые эффекты на познавательные способности, функции и нейропсихиатрические симптомы при легкой и умеренной болезни Альцгеймера
- согласно Европейско-Американскому консенсусу, рекомендованы с момента постановки диагноза (Waldemar et al., 2007; Farlow & Cummings, 2007)
- рекомендации по лечению NICE ограничивают применение ингибиторов ацетилхолинэстеразы до наступления умеренной БА – при балле MMSE < 20

МЕМАНТИН ГИДРОХЛОРИД

- Рекомендован в качестве возможной альтернативы при лечении умеренной и тяжелой болезни Альцгеймера
- Положительно влияет на когнитивный и функциональный упадок (Thomas & Grossberg, 2009)
- Положительно влияет на нейропсихиатрические симптомы (Wilcock, Ballard, Cooper & Loft, 2008)



АДУКАНУМАБ (Sevigny et al, 2016)

- Клинические исследования 1b фазы
- Внутривенное применение
- Удаляет скопления амилоида в головном мозге и замедляет ухудшение памяти и умственных способностей у людей с болезнью Альцгеймера
- Малое количество наблюдений, поэтому результаты пока не достоверные
- В настоящее время проводится 3 фаза испытаний (рандомизированные, двойные слепые плацебо контролируемые)

На сегодняшний день нет доказательств эффективности каких-либо препаратов при мягком когнитивном снижении (Cooper, Claudia et al. 2013)

Существующие лекарственные препараты помогают маскировать симптомы БА, но не устраняют причину заболевания и не замедляют его прогрессирование





Нефармакологические средства

Главной целью является не излечение

Целью является сотрудничество и поиск путей решения возникающих проблем

Целью является помощь людям с ограниченными возможностями в участии в деятельности личного и общественного характера

Не “сделать для”, а “сделать с”

Индивидуализированное лечение – более значимо, решает “реальные” проблемы

Необходимо фокусироваться на актуальных повседневных ситуациях и трудностях



Когнитивные тренировки (КТ)

Целью является развитие определенных когнитивных функций, например, памяти, с помощью повторяющихся особым образом подготовленных занятий – теоретическая основа нейропластичности

По данным систематических обзоров, КТ значительно улучшают краткосрочную и долгосрочную память по сравнению с отсутствием лечения, однако этот эффект не наблюдался при сравнении с группой активного контроля (Kelly et al., 2014; Martin et al., 2011, Zehnder et al., 2009)

Тем не менее, КТ значительно улучшают функционирование человека в таких аспектах как узнавание, общий уровень когнитивных функций, исполнительная рабочая память и скорость обработки информации по сравнению с группой активного контроля

В связи с этим, возможно, эта методика целесообразна с целью улучшения регуляторных функций, а не памяти. (Kelly et al., 2014; Reijnders et al., 2012; Tardif & Simard, 2011)

ОДНАКО: доказательная база существует только для пожилых людей БЕЗ когнитивных расстройств



Когнитивная стимуляция (КС)



Методика для людей с деменцией, предлагающая широкий выбор **интересных** занятий, которые стимулируют мыслительный процесс, концентрацию и память, обычно в малых группах

В небольшом количестве исследований было показано, что КС ассоциирована с улучшением качества жизни и общения при легкой/умеренной деменции. Эти эффекты превосходят эффекты любых лекарственных средств (Woods, Aguirre, Spector, Orrell, 2012)

Требуются дальнейшие исследования:

- ситуации из «реальной жизни»
- продолжительность улучшения
- использование в семье

Эффективная при легкой/умеренной деменции



Когнитивная реабилитация

McLellan (1991) определил реабилитацию как *“предоставление возможности людям, инвалидизированным в результате травмы или заболевания, достигнуть оптимального физического, психологического, социального и профессионального благополучия»*

Когнитивная реабилитация *“... включает определение и помощь в достижении индивидуальных целей и потребностей, там где этот процесс нуждается в стратегиях для получения новой информации или в компенсирующих механизмах, таких как использование вспомогательных устройств для памяти”* (Clare and Wood, 2008, pg.2).

Основным в когнитивной реабилитации является понимание сильных сторон человека, его возможностей и ограничений, исходя из единого подхода

Основываясь на относительно сохранных когнитивных навыках, системах и способностях (будь то психологические или социальные), с помощью определенных методик учит человека извлекать максимум из оставшихся способностей

Чтобы справиться с ограничениями, на основании сильных сторон человека выстраиваются подходящие цели





Когнитивная реабилитация - это относительно новый подход для людей с деменцией и их семей, который, однако, в течение долгих лет использовался для людей с когнитивным дефицитом

По предварительным данным, когнитивная реабилитация эффективна при деменции (Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B, 2013)

По данным исследований, когнитивная реабилитация способна:

- вызывать изменения в поведении,
- повышать уровень жизни
- поддерживать вовлеченность в повседневную жизнь.

Может осуществляться при любой степени тяжести деменции

Тем не менее, методика будет меняться по мере течения заболевания и на конечных стадиях заболевания будет иметь паллиативный характер (Clare 2008; Wilson 2008)





По имеющимся в настоящее время данным, люди с ограниченными возможностями способны в некоторой степени к обучению и изменениям поведения

Оценка необходима не только с диагностической целью, но и с целью определения имеющихся ограничений и степени их влияния на все сферы повседневной жизни

Специалист должен опираться как на свой субъективный опыт, так и на осведомленность о трудностях пациента

Оценка и реабилитация должны рассматриваться как “партнеры”

Согласно Clare (1998 p.19) “Чтобы удовлетворить потребности пациентов с БА и их семей, необходим холистический подход, в котором оценка и реабилитация охватывают все три уровня биопсихосоциальной модели.”



Стратегии и техники

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ	СТРАТЕГИИ ЗАПОМИНАНИЯ	СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ
Обработка информации, требующая усилий	Мнемонические приемы	Вспоминание имени по лицу
Двойная когнитивная поддержка	Подсказки	Вспоминание чисел
Безошибочное научение	Разделение на части	Вспоминание историй
	Метод локусов	Вспоминание пунктов из списка
	Интервальные повторения	Процессуальная память
		Беглые тренировки
		Семантические нарушения



Клинические примеры

случай 1

Мария

75 лет

Болезнь Альцгеймера

Жила одна

Очень общительна

Большая семья

Не может пользоваться телефоном из-за того, что забывает последовательность действий

случай 2

Джон

60 лет

Женат

? Ранняя деменция или лобно-височная деменция

Теряется в доме

- Больше ночью
- Мочится в неподобающих местах

Дезориентирован во времени





В Кокрановском обзоре (Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B, 2013) подведен следующий итог по поводу когнитивной реабилитации

“Результаты единственного рандомизированного контролируемого исследования дают надежду, но являются по сути предварительными. Дальнейшие исследования с хорошим дизайном требуются, чтобы получить более достоверную информацию по поводу когнитивных тренировок и когнитивной реабилитации”.

Однако....

По данным недавнего метаанализа когнитивные методики не приводят к улучшению общего когнитивного статуса у пациентов с деменцией (Huntley et al 2015)

Также было отмечено, что “Ограниченное количество исследований, включающих контрольные группы с адекватными состояниями, а также недостаточная двойная слепота исследований затрудняют сравнение методик с фармакологическими вмешательствами”

Так что нам делать?

Полезна ли когнитивная реабилитация при деменции?





Пока остается много вопросов об эффективности

Необходимы более качественные исследования по когнитивной реабилитации чтобы определить ее эффективность у людей с ранними стадиями деменции

Также необходимы более четкие определения и терминология когнитивной реабилитации с целью получить более четкие данные из обзоров и метаанализов

Тем не менее, ясно, что существующие данные подтверждают необходимость дальнейших исследований в этой области





Несомненно, обществу необходимо искать эффективные методы лечения пациентов на ранних стадиях деменции

Когнитивная реабилитация будет и может быть только малым фрагментом общей картины подходов при деменции

Тем не менее, она является нужным вмешательством на психосоциальном уровне, давая человеку с деменцией уверенность в том, что он понят в контексте общества и окружающей среды и что его индивидуальные нужды и ценности являются главенствующими (Clare, 2008)





В заключение

Как уже было упомянуто, в наше время деменция приняла характер катастрофы

Для ведения пациентов с ограниченными возможностями необходим комплексный и человек-ориентированный подход

Комплексная оценка будет полезна в ведении пациентов

Необходимо многоаспектное лечение и мультидисциплинарный подход

Когнитивная реабилитация дает людям с деменцией и их семьям надежду

Вместе с развивающимися фармакологическими средствами нам, возможно, удастся помочь людям, страдающим деменцией





СПАСИБО





ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ
СОЮЗ РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ

www.rehabrus.ru

info@rehabrus.ru

Скачать данную презентацию Вы можете на сайте Союза реабилитологов России в разделе Материалы