

22 International
Conference

Long-Term Care

18-20 сентября 2019 г. Торунь, Польша

Глобальные проблемы в пожилом возрасте – болезнь
Альцгеймера и другие формы деменции.

Как улучшить качество жизни больных с различными формами деменции? Лучшая
практика со всего мира

Материалы конференции

Organizer:



Partner:



18 сентября 2019 г.

18:00 ОТКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Можем ли мы защитить себя от болезни Альцгеймера?
 prof. dr hab. Maria Barcikowska /Польша/

2

19 сентября 2019 г.

09:00 - 11:00 СЕССИЯ I: ПОЗИТИВНЫЙ ПОДХОД К ОПЕКЕ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ДРУГИХ ФОРМАХ ДЕМЕНЦИИ.

Teera Snow /США/

6

11:30 - 13:00 СЕССИЯ II: ПО ДРУГУЮ СТОРОНУ ЗЕРКАЛА. ХОРОШО ЛИ ПОНИМАЕМ ТО, ЧТО ВИДИМ? ОПЫТ ЛЮДЕЙ СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ.

Модератор: Тера Сноу /США/

Жизнь с деменцией

dr Jennifer Bute /Великобритания/

10

Продвинутая деменция: по направлению к лучшему опыту

prof. Debbie Tolson /Голландия/

10

Мой внутренний голос говорит Твоими словами. Язык, в построении отношений с подопечным.

Leszek Guga /Польша/

Принятие решений от имени людей с развивающейся деменцией

Jayne Murphy /Великобритания/

14:00 – 15:30 СЕССИЯ III: ОКРУЖЕНИЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ. ЧТО МЫ МОЖЕМ СДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ МИНИМИЗИРОВАТЬ НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ И УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА И КОМФОРТ ОПЕКИ?

Модератор: prof. Debbie Tolson /Голландия/

3 Фунта надежды.

Sarah Brown /Япония/

Создание безопасной и дружелюбной обстановки. Как это влияет на физическую форму и поведение?

Teera Snow /США/

16:00 - 18:00 СЕССИЯ IV: Болезнь Альцгеймера. Знаем ли мы лекарство?

Модератор: prof. dr hab. Piotr Włodowski /Польша/

Ранняя диагностика и терапевтическая помощь в болезни Альцгеймера.

prof. Dr hab. Maria Barcikowska /Польша/

3

Важность питания при заболеваниях связанных с деменцией

dr Agnieszka Guligowska /Польша/

14

19.30 ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ВЕЧЕР

СТ PARK, Шосе Быдгоска, 3 Торунь

1

Organizer:



Together we change
the world

Partner:



brand of TZMO SA

prof. dr hab. Maria Barcikowska

Можем ли мы защитить себя от болезни Альцгеймера?



Болезнь Альцгеймера является первичным дегенеративным заболеванием головного мозга, вызванным накоплением белков: β -амилоида (β A), тау-белка и других белков с патологической β -складчатой структурой, что в результате многих сложных процессов приводит к исчезновению нейронов и их соединений. Клинически заболевание проявляется в расстройствах памяти и других когнитивных функциях, а также часто в поведенческих расстройствах и колебаниях настроения, которые всегда в поздней стадии мешают пациенту самостоятельно функционировать в повседневной жизни. Также важно помнить, что болезнь Альцгеймера почти всегда встречается как смешанная болезнь (MIXED): патологией в этих случаях является одновременное присутствие дегенерации Альцгеймера и сосудистых поражений в головном мозге. С другой стороны, ключ к предотвращению деменции заключается в том, что она имеет длительное, клинически бесшумное течение. Предсимптомная фаза болезни Альцгеймера - это стадия, на которой прогрессирует процесс накопления токсичных белков с патологической структурой, ключом к которым являются β A и тау-белок, и у пациента еще нет никаких клинических симптомов. Предсимптомная стадия длится примерно 20 лет и переходит в симптоматическую фазу, когда умирает критическое число нейронов, более 50% в стратегических областях. В течение этого периода диагностика возможна на основе функциональных тестов нейровизуализации (с изотопными маркерами β A и тау-белками), генетических тестов и определения концентраций биомаркеров в спинномозговой жидкости. В последние годы были опубликованы диагностические критерии болезни Альцгеймера (AD), основанные на исследованиях биомаркеров: в 2011 году критерии NIA-AA и в 2014 году критерии IWG-2. Три доклинических фазы AD были описаны в критериях NIA-AA. Фаза I, бессимптомный церебральный амилоидоз, подтвержденный биомаркерами, накопление $A\beta$: (1) высокое накопление амилоида в PET, (2) низкая концентрация $A\beta_{1-42}$ в спинномозговой жидкости (PMR). Фаза II, амилоидоз + ранняя нейродегенерация: (1) нейрональная дисфункция при FDG-PET / fMRI, (2) высокая концентрация тау/p-тау в PMR, (3) корковая атрофия / атрофия гиппокампа при объемной MRI. Фаза III, амилоидоз + нейродегенерация + дискретный когнитивный дефицит: (1) дискретное ухудшение когнитивных функций.

Таким образом, диагностика доклинического периода заболевания возможна, даже если у нас до сих пор нет причинно-следственной терапии, то есть такой, которая задержала бы накопление патологических белков в мозге и, таким образом, предотвратила бы исчезновение нейронов. Симптоматическое лечение симптоматической фазы имеет лишь ограниченную эффективность. Первичная и вторичная профилактика тем более обнадеживают. Целью первичной профилактики является уменьшение числа новых случаев болезни Альцгеймера, а вторичной профилактикой является фармакологическое лечение пациентов, мозг которых уже подвергается дегенеративным процессам, но остается клинически в предсимптомной фазе, чтобы отсрочить начало деменции. Это антитоксические антитела β A или ингибиторы патологической « γ » и « β » секретазы, которые являются патологическими ферментами, участвующими в амилоидном каскаде. Подавляющее большинство пациентов, которые проходят это экспериментальное лечение, являются носителями моногенных причинных мутаций со 100% проникновением. Только эту уникальную популяцию пациентов можно лечить в предсимптомной

фазе, потому что только в этой группе пациентов определено развитие полностью симптоматической болезни Альцгеймера. Однако пройдет много лет, прежде чем можно будет оценить последствия такого лечения. К сожалению, никакие «вакцины, ни пассивные, ни активные», направленные против β A, не влияют на когнитивные нарушения и дополнительно обременены серьезными осложнениями. Препараты, нацеленные на воздействие второго ключевого тау-белка для патогенеза cA, также не дали результатов. Вполне возможно, что причиной неэффективности этих попыток, несмотря на их привлекательные теоретические предположения, является момент начала лечения, когда критическое число нейронов уже превышено и у пациента появляются клинические симптомы. Вот почему так важен проект DIAN-TU, в котором рассматриваются пациенты, являющиеся носителями известных моногенных причинных мутаций при болезни Альцгеймера в доклинической фазе, а также другие попытки профилактики: воздействие на сосудистые факторы, создание когнитивного резерва посредством интеллектуальной стимуляции и физической активности. Новые теоретические предположения о других направлениях поиска, предположения, отрицающие причинный эффект амилоида и тау-белка в патогенезе cA, все чаще предлагаются. Целью патогенетических тестов, отклоняющихся от этих до сих пор основ, является воздействие на следующие процессы: воспалительные (включая модное в настоящее время влияние кишечной флоры), окислительные, высвобождение свободных радикалов и возбуждающих аминокислот. Это направление поиска связано с ингибированием ответа глиальных клеток (астроглия и микроглия) в головном мозге. Их пролиферация является либо причиной появления патологических белков в мозге, либо, как говорят другие, эти процессы, даже вторичные по отношению к их присутствию, могут иметь решающее значение для появления клинических симптомов. Эти новые цели, после многочисленных неудачных попыток лечения, основанного только на непосредственной борьбе с присутствием β A и тау-белка в мозге, представляются привлекательной задачей для дальнейших исследований. Первичная профилактика, то есть предотвращение возникновения патологии Альцгеймера, сводится к взаимодействию в двух направлениях. Во-первых, это построение когнитивного резерва и, во-вторых, функциональная защита состояния сосудов головного мозга. Оба эти метода эффективно работают в качестве профилактической меры, только если вы начнете в среднем возрасте. Сосуды головного мозга в основном разрушаются гипертонией и диабетом, и также представляется, что атеросклеротические поражения могут быть результатом нарушений липидограммы. То есть раннее выявление этих заболеваний и самое раннее начало лечения задерживают клинические симптомы деменции. В дополнение к фармакологическим действиям очень важно информировать общественность о важности избегания сосудистых факторов риска и заботе о физической культуре людей среднего возраста, что является доказанным действием, задерживающим развитие атеросклеротических изменений. Последствия такого поведения уже можно наблюдать в странах с более высоким уровнем развития, таких как Швеция, Великобритания, США или Германия, где число пациентов с деменцией уменьшается. Создание когнитивного резерва является второй тенденцией в первичной профилактике. Когнитивная стимуляция, количество лет обучения, замедляет процесс деменции, но работает в основном в среднем возрасте пациента. То есть деятельность, связанная с созданием познавательного резерва, изучением языков, развитием хобби, прослушиванием музыки (Моцарта), насыщенной общественной жизнью - все это должно быть сделано как можно раньше, в среднем возрасте. Можем ли мы защитить себя от болезни Альцгеймера? Может быть, если мы начнем думать об этом достаточно рано.

Ранняя диагностика и терапевтическая помощь в болезни Альцгеймера

Болезнь Альцгеймера является первичным дегенеративным заболеванием головного мозга, вызванным отложением белков (β -амилоид, тау-белка и др.) с патологической β -складчатой структурой в нем, что в результате многих сложных процессов приводит к исчезновению нейронов и их связей. Клинически заболевание проявляется деменцией. В Польше, к сожалению, нет текущих эпидемиологических данных по деменции, экстраполируя данные, собранные в эпидемиологических исследованиях других европейских стран и США, а также по данным «Alzheimer Europe», можно ожидать около 500 000 человек с деменцией, из которых 310 000 человек с болезнью Альцгеймера в нашей

стране. В рамках государственной службы здравоохранения небольшой процент пациентов диагностируется и лечится. Причинами этого могут быть, с одной стороны, ограниченный и трудный доступ к диагностике, а с другой - низкая социальная осведомленность о проблеме. Деменция, определяемая как прогрессирующее когнитивное нарушение, возникает при различных болезненных процессах, в некоторых случаях возможно эффективное причинное лечение (вторичная деменция), в других, несмотря на отсутствие причинного лечения, возможно симптоматическое лечение. Однако выбору подходящей терапии должна предшествовать диагностика, предпочтительно в соответствии с принятыми стандартами. Необходимо проводить различие между деменцией Альцгеймера, лобно-височной деменцией, деменцией Леви, сосудистой деменцией и деменцией вследствие других часто обратимых причин. Первые симптомы ухудшения памяти, которые пациент чувствует, обычно вызывают несколько типичных реакций. Чаще всего это решение переждать проблему, тогда мы начинаем объяснять своим симптомам или симптомам, наблюдаемым у члена семьи, как явный результат старения. Только потом принимается решение обратиться за медицинской помощью к врачу. Первым врачом, к которому обратиться пациент с жалобами по этому поводу, будет семейный врач или терапевт. Он также (или нет!) решит – направить ли пациента к врачу-специалисту. Это психиатр или невролог - гораздо реже гериатр. Однако, прежде чем врач первичной медицинской помощи проконсультируется со специалистом, он должен провести исследования, которые исключают другие, часто обратимые, причины ухудшения памяти. Эти исследования являются исследованиями, оценивающими функционирование щитовидной железы, почек и печени. Врач первичной помощи также должен исключить такие распространенные состояния, как диабет или высокое кровяное давление, так как в ходе этих заболеваний может также возникнуть когнитивные нарушения. Специализированный диагноз пациента с деменцией в идеале должен включать:

нейропсихологическое обследование. Оценка нейропсихолога имеет решающее значение, в первую очередь, на самых ранних стадиях заболевания. Психолог уже на этом этапе может указать, какие когнитивные функции нарушены, а также определить место повреждения мозга и исключить возможные функциональные симптомы. Психолог определяет тип дефицита памяти, например эпизодический; наиболее характерный для болезни Альцгеймера.

Неврологическое обследование: неврологическое обследование, проводимое на начальной стадии заболевания, в основном используется для исключения других причин деменции.

психиатрическое обследование: психиатрическое обследование на первом этапе заболевания касается, в основном, определения различий слабоумия и депрессии, являющихся иногда причиной когнитивных нарушений.

Врач-специалист проводит скрининговые тесты, которые подтвердят его решение, нуждается ли пациент в дальнейшей диагностике, целью которой будет ответить на вопрос, вызваны ли расстройства памяти болезнью Альцгеймера, другими редкими дегенеративными заболеваниями головного мозга, возникающими в результате деменции, или являются ли они результатом сосудистых поражений.

Основная медицинская помощь с периодическими консультациями невролога и психиатра (у 50% пациентов имеются психотические симптомы).

В первом симптоматическом периоде заболевания чаще всего проводится нейровизуальное структурное исследование, чтобы определить, является ли деменция первичной или симптоматической. Исследования структурной нейровизуализации, компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МР) проводятся для исключения опухоли, внутримозговой гематомы или первичного расширения желудочка. Для болезни Альцгеймера типичным местом раннего дефицита или кровотока в церебральном метаболизме является париетально-височное соединение. Прежде всего, объемное исследование гиппокампа и смежных областей головного мозга при МР может быть основой для диагностики болезни Альцгеймера на ранней стадии, даже доклинической. МР также служит для оценки сосудистых поражений в подкожном, белом веществе и неокортексе.

В последнее десятилетие были опубликованы первые результаты исследований нейровизуализации, позволяющие получить яркое изображение патологических отложений β -амилоида и нейронов с признаками нейрофибриллярной дегенерации. Благодаря PIB (Pittsburgh compound B) - изотопному маркеру β -амилоида - можно (после преодоления гематоэнцефалического барьера)

визуализировать его отложения в живом мозге. В Польше этот тест проводится крайне редко и только в узкоспециализированных центрах. Генетическое тестирование включает, в отдельных случаях, поиск известных моногенных мутаций, которые вызывают около 1,5% случаев наследственных форм болезни Альцгеймера, обычно с ранним началом и турбулентным течением. Согласно последним критериям, пациенты с подтвержденным носителем таких мутаций после появления клинических симптомов рассматриваются как пациенты с надежным диагнозом. Около 30-50% всех случаев FAD вызваны мутацией в одном из трех генов: β APP (кодирующий белок-предшественник амилоида), PSEN1 или PSEN2 (кодирующий пресенилины 1 и 2). Наиболее распространенные мутации происходят в гене PSEN1. Следует еще раз подчеркнуть, что более 98% всех случаев БА являются спорадическими.

Общепризнанным, неоспоримым генетическим фактором риска является полиморфизм Apo E, но это только фактор, который усиливает узнавание, но не предопределяет его. Около половины всех пациентов с БА имеют аллель Apo E ϵ 4. Учитывая низкую полезность генетического тестирования для диагностики заболеваний, возникла необходимость в разработке биохимических тестов «in vivo», которые позволили бы более надежно и быстро диагностировать текущий процесс дегенерации Альцгеймера. Наиболее многообещающим биохимическим тестом является одновременное определение концентрации A β 42 (или концентрации A β 40-A β 42) и тау-белка (патологически фосфоресцирующий и без этого) в спинномозговой жидкости. В 2011 году группа американских экспертов NINCDS-ADRDA (Национальный институт ассоциации неврологических и коммуникативных расстройств и инсульта - болезни Альцгеймера и связанных с ним расстройств) под руководством Макханна, создателя предыдущих критериев, вступивших в силу в 1984 году, предложил расширить их на основе новых возможностей дополнительных исследований и клинических оценок, основанных на многолетнем опыте. У нас до сих пор нет причинно-следственной терапии для пациентов с болезнью Альцгеймера или для тех, кто страдает от других менее распространенных первичных дегенеративных заболеваний, таких как деменция с тельцами Леви, лобно-височная деменция или пациенты с сосудистой деменцией. Используемое симптоматическое лечение заключается в повышении концентрации ацетилхолина в мозге путем ингибирования действия ацетилхолинэстеразы на легкой и промежуточной стадиях. В лучшем случае это лечение замедляет заболевание на 1,5 года. На промежуточной стадии болезни Альцгеймера лечение мемантином (антагонистом рецептора NMDA) без финансовых доплат государства в Польше. Образовательная деятельность и поддержка для лица, осуществляющего уход, очень важны для ведения пациента.

Симптоматическое лечение болезни Альцгеймера

Улучшающие когнитивные функции:

1. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы:

- донепезил
- ривастигмин

2. Мемантин

Антидепрессанты:

Прежде всего, ингибиторы обратного захвата серотонина, такие как циталопрам

Антипсихотические (с соблюдением мер предосторожности)

Предпочтительно используется нейролептик второго поколения, которым является кветиапин, избегая, в основном, применения рисперидона и оланзапина.

Teera Snow

Позитивный подход к опеке при болезни Альцгеймера и других формах деменции.



С Типой Сноу беседовал Лешек Гуга, психолог из фонда Торуньского завода перевязочных материалов «Мы вместе меняем мир»,

Л.Г.: В своих лекциях Ты много говоришь о том, как деменция меняет жизнь и поведение людей, и что понимание этих изменений является ключом к опеке. Как подготовить опекунов к работе с людьми, живущими с деменцией?

Т.С.: Основа для меня - взглянуть на два мозга. Давай представим, что один из них – это Твой мозг, а другой – это мозг человека, над которым Ты осуществляешь опеку. Выглядят ли они одинаково или они очень отличаются друг от друга? Прежде всего, я стараюсь показать - чтобы мы могли убедиться сами на себе, что работает лучше, а что нет. Давай посмотрим на то, что мы делаем, и попытаемся это понять. Закрой глаза и позволь другому человеку до Тебя дотронуться. Пусть он не говорит, ни как он это делает и ни где он это сделает. Пусть он просто это сделает. Думаешь ли, «это было замечательно, давай сделаем это еще раз»? или "Хватит! Мне это не понравилось". Так часто мы видим, что те, кому мы хотим помочь, сопротивляются или замыкаются в себе. Это должно означать, что они не понимают того, что мы делаем. Мы думаем, что это полезно, или мы не считаем их людьми, которым может это не понравиться.

А затем, давай попробуем сделать что-то другое. Первое, что нам необходимо сделать, это установить личный контакт. Если я не смогу добраться до них таким образом, чтобы они могли увидеть, почувствовать и услышать, нам будет трудно сделать какой-либо дальнейший шаг. В самом начале нужно помочь людям понять, что те, кто находится под их опекой, не ведут себя так преднамеренно, они ведут себя так потому, что им не хватает данных - какими бы разными они ни были. Самый простой способ начать со зрением, потому что, как люди, мы очень на него полагаемся. Итак, этот первый шаг - это основа - люди с деменцией отличаются от нас, но это не значит, что у них внутри никого нет. Их мозг делает все возможное, но многие их области могут быть повреждены. Тем не менее, некоторые области работают. Если мы не будем ссылаться на те области, которые все еще функционируют, мы устанем и будем несчастливы. Благодаря визуальным, словесным и тактильным сигналам - в этом порядке - мы убеждаемся, что это беседа, что у нас есть контакт, и когда мы что-то делаем, подопечный может намекнуть нам: «да» или «нет». Когда он говорит нет - мы прекращаем это делать. Однако мы не задумываемся о том, действительно ли он это имел в виду. Мы задумываемся над тем, видел ли он вообще то, что мы ему показываем? У меня есть пример: я пью из чашки, а потом отдаю ее Тебе. Я даю Тебе эту чашку. Поймешь ли Ты, что я имею в виду? Пожалуйста, выпей. Я делаю это вместо того, чтобы взять эту чашку и приставить ее к Твоим губам, и Ты был бы этим удивлен. Для меня это опыт, который может испытать опекун, который часто не имеет никакой подготовки, кроме манекеновых упражнений или ролевых игр, и который работает на основе задач. И кроме того нас учат - умыть кого-то а не получать его согласие на мытье. Давайте удостоверимся, что кто-то понимает, что мы собираемся сделать, давайте покажем ему - жестами или иным образом, но нам следует убедиться, что он нас видит. А не то, чтобы мы были вне поля зрения этого человека. Поле зрения с возрастом сужается.

Л.Г.: Как домашний опекун, я могу посвятить почти неограниченное количество времени одному человеку, но как совместить этот индивидуальный подход с необходимостью найти время, чтобы ухаживать за многими людьми?

Т.С.: У нас нет времени. У нас даже нет времени обучать тех, кто за ними ухаживает, им просто нужно идти к своим обязанностям, присматривать за ними, не зная, кем являются их подопечные. Мы не знаем, какие навыки и умения понадобятся при опеке, но мы должны это сделать. Надеемся, что кто-то их подготовил, и мы отправляем их на работу. Это спираль, которая заводится, потому что они начнут работать без подготовки в какой-либо форме или виде, мы предполагаем, что они знают, что делать, но в то же время они будут работать под давлением времени - чего тогда ожидать? Они, вероятно, не останутся в нашей команде слишком долго, они найдут что-то другое, а потом мы снова найдем кого-то нового. Мы тратим так много времени на то, чтобы нанять кого-нибудь и позволить ему не справляться или чтобы он претерпел боль. Давай представим, что на данный момент нужно ухаживать за тремя людьми, а для опеки за каждым из них требуются два опекуна. Следует каждого из них держать, потому что ни один из них не позволяет поменять себе подгузник. Иногда необходимой является помощь третьего опекуна, и вдруг у нас появляются три человека, занятые на четверть часа, чтобы выполнить данное задание, которое можно было выполнить в одиночку за пять-десять минут. Это сорок пять минут рабочего времени, когда можно бы было сделать что-то проще и уже давно заниматься кем-то другим, если бы опекуны использовали простые техники - ничего сложного. У нас есть записи ситуации, когда два работника проводят пятнадцать минут, и единственный эффект заключается в том, что подопечный все еще лежит в постели, один человек поцарапан, и теперь необходимо сделать карточку происшествия. Ничего не удалось сделать, кровать все еще мокрая, человек не одет, не ест, это время потрачено впустую. На тех же записях я забочусь о том же человеке, и через несколько минут я иду с ним в ванную, переодеваю его и еще через три минуты мы идем на завтрак.

Л.Г. : Это говорит само за себя.

Т.С.: Для меня такие записанные ситуации помогают это понять. И тогда женщина, которая уже находится на поздней стадии заболевания и которую нужно убеждать в течение полутора часа, чтобы она приняла пищу, опустошает тарелку за 20 минут. Это можно сделать, как и раньше, и это будет стоить нам много энергии и времени, чтобы дать человеку опеку, которой он не хочет. Можно это также сделать по-другому и проверить, что произойдет, когда попытаешься войти в контакт с человеком соответствующим образом и действовать дальше. Если будем бороться друг с другом – это путь в никуда.

Л.Г.: Важным элементом Твоего подхода является стимулирование активности и вовлечение людей, живущих с деменцией. Как поддерживать их активность, если многими вопросам, связанными с их повседневным функционированием, такими как уборка или приготовление пищи, занимается персонал, а проверки часто обращают внимание на то, что подопечные не должны участвовать в работе учреждения, даже если они того хотят?

Т.С.: Это сложно. Подопечные помнят те вещи, которые составляли их жизнь, все, что они делали дома раньше? Они больше не могут их делать, и кто-то другой должен ими заняться. И если бы кто-то действительно руководил ими, то, в принципе, с частью из них они в дальнейшем могли бы справиться, а это заставило бы их иметь цель, они бы почувствовали, что то, что они делают, имеет какую-то ценность. Нам необходимо искать такие занятия, которые может делать человек с деменцией. Задача состоит в том, что, поскольку у нас ограниченное количество опекунов и ограниченное время - что мы можем сделать в общем пространстве с группой подопечных. Есть ли у нас ресурсы для создания подобных мероприятий, которые они знают с давних времен? Они могут, например, складывать полотенца, и это полотенца, предназначенные только для трудотерапии, не используемые в учреждении.

LG: То есть Ты стараешься внедрить задачи, которые они знают из своей повседневной жизни, даже если они не являются предметами, которые они будут использовать позже?

Т.С.: Да. И такая вовлеченность имеет цель, а людям нужна цель, и для женщин, которые в основном занимались домашним хозяйством в течение значительной части своей жизни или сами занимались опекой, будут хорошими задачи с едой или столовыми приборами - нужно ли нам есть то, что они готовят? Нет. Наверное, нет. Это пустая трата времени, но важно дать им то, чем они могут занять свои

руки, глаза и сердца. Что-то, что позволяет сказать: «Посмотри, сколько ты сделал! Ты молодец! Спасибо!». Обучаю ли я опекунов, чтобы они говорили «спасибо»? Да, именно этого я хочу, даже если через минуту во второй комнате они положат все обратно в коробки. Это смешно, но я это понимаю. Быть подопечным - это не та повседневная жизнь, которой кто-то хотел бы. Люди не хотят, чтобы за ними ухаживали - они хотят жить.

Кроме того, можно привлекать людей к небольшой помощи. Например, у нас есть куча букв. Ищем букву "Z", Ты можешь мне помочь? Нам нужно "W", чтобы сделать надпись на доске объявлений, знаешь ли Ты, как написать это слово? И мы составляем эту надпись вместе. Учитывая все ограничения, которые у нас есть, мы будем искать успехи, которые в пределах досягаемости. И проще сделать то, что мы должны сделать и позволить подопечным присоединиться, чем создавать для них занятия с нуля. Если у нас меньше персонала, чем хотелось бы, последнее, что нам нужно, - это больше занятий. Пытаемся найти баланс между занятиями, которые имеют ценность, и тем фактом, что правила ограничивают способность человека быть самим собой. Мы должны стать творческими, потому что, если у нас так много дел в качестве опекунов, а подопечному нечем заняться, тогда он начнет искать это занятие. Неизвестно, что он сделает, но он встанет и начнет ходить, искать, и это потенциальный источник проблем, потому что, возможно, он что-то повредит или разорвет, и тогда мы обратим на него внимание.

Л.Г.: В домах часто пребывают люди с разным состоянием здоровья, разной физической подготовкой, на разных стадиях развития заболевания. Каким образом составлять план занятий, которые привлекают и интегрируют всех?

Т.С.: Я возвращаюсь в те времена, когда мы были молоды. В то время мы обучались разным вещам. "О, ты помнишь это? Это одна из первых песен, которые я выучила, когда была маленькой. [Типа поет: «Жили у бабуси...»] Мы тут же возвращаемся к детским ритмам. Причина, по которой они работают, заключается в том, что у них есть эта да-да-даа [она напевает мелодию: «Жили у бабуси...»]. Мы хотим иметь десять песен, в которых есть ритм: один-два-три-четыре. Мы переходим от одной песни к другой и вдруг что-то делаем вместе. Мы пели своим детям, и мы возвращаемся в детство не как дети, а как взрослые, которые их помнят. Нас объединяет этот ритм, хлопанье. Это имеет большую силу. Мы также можем сказать: "Эй, ты можешь мне помочь? Мне нужен кусок этой газеты, ты можешь разорвать её на кусочки? Вы можете мне в этом помочь? Посмотрите. Я собираюсь сделать из этого бумажную массу. И поскольку они помогают мне - лучше функционирующие люди могут сказать "ясно, что Вы собираетесь с этим сделать", но другие лица не обязательно должны быть этим заинтересованы, им все равно, что мы собираемся делать, но рвать бумагу – это интересно. Это очень увлекательное занятие, в нем есть движение, оно повторимое и простое, каждый может это сделать, и никто не выглядит хуже. Мы должны думать о том, когда есть общее пространство и когда есть потребность в отдельном пространстве. Мы должны радоваться всему, что нам удастся сделать, не обязательно, чтобы это было хорошо - важно, чтобы это был праздник.

Л.Г.: Мы начали наш разговор с микромасштаба - как подготовить опекуна к работе с людьми, живущими с деменцией. В своих выступлениях Ты говоришь об изменении культуры опеки - какие, по Твоему мнению, макромасштабные изменения необходимы для того, чтобы эта культура действительно изменилась?

Т.С.: Управления действуют на ощупь, думая, что есть одна форма деменции и что каждый проходит через нее определенным образом. У нас огромная проблема, связанная не с управлением лечением, а с поведением людей, и мы либо верим в людей и их способность продолжать принимать решения, либо нет. Поддержка такого выбора в форме «то или иное» - а не лишение этого права во всей его полноте. Нам необходимо обратиться к законодателям, к лицам, принимающим решения на самом высоком уровне, и рассказать им об этом: "Подождите... эти цифры очень высоки. Что вы будете делать при перегрузке системы опеки? Чем Вы будете заниматься? Есть ли у Вас осведомленность этого? Реальность такова, что они этого не знают. Очень важно прояснить это в самом начале. WHO также участвует в этом процессе. Теперь это международный вопрос. Будучи опекунами, мы осуществляем контроль и принимаем решения без разрешения. Большая часть моей работы посвящена перспективам человека с деменцией и тому, как я могу действовать с его согласия, а это означает, что, независимо от изменений в

законодательстве, я в порядке, потому что я всегда получала такое согласие. Мы ищем способы, чтобы пройти через это действительно сложное заболевание, и я думаю, что мы должны понять, что это не является однозначным, у Тебя есть деменция или ее нет. Это очень сложный танец - я не знаю, какие у вас народные танцы в Польше, но это как будто мы сделали несколько шагов, а наши партнеры разные и вдруг мы танцуем два разных танца. Единственное, что мы будем делать, это притираться и ссориться друг с другом. Мы должны придумать, как танцевать то же самое, что и наш напарник. Дело не во времени, потому что это не займет больше времени, а в том, как его использовать. Это не то, к чему мы привыкли как опекуны, но именно с этого мы должны начать: мы должны прекратить делать то, что мы делаем, и отказаться от мысли, что все зависит от нас.

Деменция - это право человека, это дело, связанное с правами человека. Когда кому-то ставят диагноз или обнаружат изменения в мозге, то вдруг и общество и наша правовая система воспринимают его как худшее лицо с меньшим количеством прав. То, как это происходит, не всегда последовательно. Кто-то должен быть оценен или признан системой как зависимый для того, чтобы быть в состоянии лишиться его дееспособности. Тем не менее, широко распространено мнение, что дети, супруги, медсестры и врачи точно определяют, в состоянии ли я справиться со своей жизнью или нет. Говорим ли мы о финансах, об условиях жизни, здоровье или о том, как я провожу свой день. Никто не думает о том, что разрешено, а что нет, но есть общественное согласие на это, потому что мы, как общество, говорим: "Если у него деменция...". Это пропуск, чтобы делать все, что захочешь. Мы знаем, что многие люди, живущие с деменцией, эксплуатируются их близкими. Чтобы изменить ситуацию, нам необходимо решить эту юридическую проблему. Частично проблема также заключается в том, что судьи не знают ничего о деменции, но оценивают способности этих людей, их самостоятельность и то, кто должен заботиться о них и их имуществе. Это культурное изменение начинается от нас как опекунов, но нам необходимо вовлекать в него лица, принимающие решения, законодателей и чтобы с ними разговаривать, мы должны знать об этом как можно больше.

Prof. dr hab. Debbie Tolson

Продвинутая деменция: по направлению к лучшему опыту



Программа развития

Почти десять лет прошло с момента публикации Программы действий по глобальному развитию качества медицинской помощи в центрах по уходу и лечению, разработанной Международной ассоциацией геронтологии и гериатрии (англ.: International Association of Gerontology and Geriatrics - IAGG)¹

Однако содержащиеся в нем инструкции сегодня так же важны, как и в то время, и они касаются четырех областей:

- 1) Улучшения репутации и лидерства
- 2) Необходимых клинических компонентов и качества медицинской помощи
- 3) Обучения персонала
- 4) Исследований

Публикация отчета IAGG вызвала во все мире серию подробных обзоров и исследований практики домов опеки в различных странах мира, с целью определения областей для улучшения.

В связи с растущим спросом на долгосрочный уход за людьми с деменцией и различиями в стандартах, уход за людьми с деменцией определен в качестве приоритета.

Обзор практики в домах опеки в Центральной Европе задокументировал частую иммобилизацию подопечных, отсутствие адекватных действий для лечения депрессии и боли, а также полипрагмацию, включая ненадлежащее использование психотропных препаратов². В этом обзоре признается, что цель введения реформы и улучшения ухода при долгосрочной опеке является сложной, и для ускорения этой реформы необходимо международное сотрудничество и обмен знаниями.

Целью данного текста является рассмотрение выводов Проекта «Palliare», инициативы, основанной на сотрудничестве семи европейских стран (Чехия, Финляндия, Португалия, Шотландия, Словения, Испания и Швеция) и их ценности в отношении помощи людям с прогрессирующей деменцией. Заявление о передовой практике «Palliare», обсуждаемое в этом тексте, представляет собой модель межпрофессионального обучения, в которой подчеркивается сложность ухода за людьми с развитой

¹ Tolson D, Rolland Y, Andrieu S, Aquino J-P, Beard J, Benetos A, Berrut G, Coll-Planus L, Dong B, Forette F, Franco A, Franzoni S, Salva A, Swagerty D, Trabucchi M, Vellas B, Volicer L, Morley J E. The IAGG WHO/SFGG (World Health Organization/Society Française de Gérontologie et de Gériatrie). (2011) International Association of Gerontology and Geriatrics: a global agenda for clinical research and quality of care in nursing homes. Journal of the American Medical Directors Association. 12 (3) 185-189.

² Holmerová I, Koopmans R, Skela Savič B, Egervári A, Hermann B, Ruseckiene R, Tolson D. (2012) Advancing Long Term Care; Central European Perspectives. JAMDA 13 (7) 578-580

деменцией и указывается на то, о чем должен знать обслуживающий персонал³. Это утверждение призывает педагогов, менеджеров и поставщиков услуг по уходу инвестировать в основанное на фактических данных образование в области услуг по уходу и лечению на основе ценностей, которые учитывают права человека.

Забота о людях с деменцией является приоритетом для домов опеки

В настоящее время во всем мире приблизительно 50 миллионов человек живут с деменцией, в том числе 5,4 миллиона в Европе. К 2040 году число людей, живущих с деменцией, в Западной Европе увеличится в два раза, а в Восточной Европе ожидается их увеличение в три раза. Однако трудно получить точные данные о том, сколько людей с деменцией находятся в домах опеки, поскольку некоторые из них не были правильно диагностированы. Кроме того, методы отчетности отличаются во всем мире. Согласно одному из немногих исследований, проведенных в Соединенном Королевстве, в котором пациенты были подвергнуты клинической оценке, почти 90% из тех, кто проживает в шотландских домах опеки, страдают деменцией, а в этой группе почти 35% имеют развитую деменцию⁴.

Деменция вызывается такими заболеваниями, как болезнь Альцгеймера, которые характеризуются прогрессирующими неврологическими изменениями и являются терминальными. Болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, деменция с тельцами Леви и лобно-височная деменция вместе составляют 80% всех случаев деменции. Всемирная организация здравоохранения (англ. World Health Organization - WHO) и Международная ассоциация по борьбе с болезнью Альцгеймера называют деменцию приоритетом общественного здравоохранения.

Деменция влияет на память, мышление, ориентацию в пространстве, речь и другие высшие корковые функции, а у некоторых это заболевание проявляется в изменениях в способности контролировать эмоции и социальное поведение. На начальных стадиях деменции возможна самостоятельная жизнь, но по мере развития болезни сложность ухода и необходимость удовлетворения основных потребностей подопечного возрастают. Как следствие, с большой вероятностью, может возникнуть зависимость от других людей, и когда семейный уход становится невозможным, переезд в дом опеки остается единственным вариантом.

Опека, основанная на правах человека

Декларация Глазго, принятая делегатами из 26 европейских организаций, занимающихся болезнью Альцгеймера, признает право всех людей на качественный уход на протяжении всего заболевания. Глобальный план действий, целенаправленный на борьбу с деменцией (2017–2025 гг.), разработанный WHO, укрепляет мнение о том, что вся забота о людях, страдающих деменцией, должна охватываться Конвенцией о правах инвалидов. Отсюда следует, что подход к опеке над людьми с продвинутой деменцией, пребывающих в учреждениях по опеке и лечению, должны основываться на правах человека⁵.

Проект «Palliare»

Проект «Palliare», финансируемый программой Erasmus + <https://www.erasmusplus.org.uk>, был реализован в период с 2014 по 2017 год. Его первая цель состояла в том, чтобы понять и описать лучшие методы ухода за людьми на продвинутой стадии деменции, чтобы можно было определить конкретные знания и указать, из каких областей она происходит. Вторая цель состояла в том, чтобы использовать эту

³ Tolson D, Holmerova I, Macrae R, Waugh A, Hvalic-Touzery S, de Abreu W, Lillo Crespo M, Merta A, Hanson E. (2017) Improving Advanced Dementia Care an Interprofessional Learning Framework JAMDA <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.014>

⁴ Lithgow IS, Graham J.A. and Browne D. (2011) Estimating the Prevalence of Dementia: Cognitive Screening in Glasgow Nursing Homes. International Journal of Geriatric Psychiatry, 27, pp. 785-791.

⁵ World Health Organization (2017) Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. World Health Organization ISBN: 978-92-4-151348-7

информацию для разработки рамок обучения и разработки ресурсов для европейского персонала здравоохранения и социального обеспечения для расширения помощи людям с прогрессирующей деменцией и продвижения лучших практик. Это включало в себя обзор литературы и политики, а также углубленные тематические исследования, анализ пробелов в образовании и консенсусные методы для разработки основ наилучшей практики. Для краткости содержание проекта будет представлено выборочно из-за невозможности обеспечить все мероприятия в этом тексте.

Обзор литературы объясняет, как люди могут жить на поздних стадиях деменции в течение нескольких месяцев, а иногда и лет, прежде чем станет необходимым уход в конце жизни. Тем не менее, большинство исследований сосредоточено на смерти и умирании, и на удивление немногие из них посвящены другим вопросам, связанным с уходом за людьми с развитой деменцией⁶. В этом обзоре содержится призыв к созданию нового описания и позитивного подхода к практике оказания помощи во всех средах, включая дома опеки. Отсюда и название «Palliare», что означает заботу о ком-то, выбранном, для того, чтобы отличать паллиативную помощь, уход которой коренится в опеке, тесно связанной с деменцией, от опеки в конце жизни. Кроме того, этот обзор явился уникальной возможностью реформировать подход к опеке, чтобы сделать акцент на поддержке всех людей, живущих с этим заболеванием, включая семейных опекунов, чтобы помочь им вести наилучшую возможную жизнь.

Тематические исследования показали, что опека в её наихудшей форме напоминает институциональное «хранилище» а, в её лучшей форме, убежище и безопасную пристань⁷. Обзор показывает, что в большинстве стран не хватает образования и профессиональной подготовки, связанных с деменцией, и только в Шотландии имеется национальная программа развития персонала⁸.

Основы обучения для передового опыта

Разработка заявления о наилучшей практике «Palliare» было консультативным, основывалось на широком спектре доказательств и циклов консультаций с целью предоставления гарантий, что люди с деменцией, семейные попечители, а также специалисты в области здравоохранения и социального обеспечения могли предоставить свои замечания. В рамках этого мероприятия в 2015 году в Праге была организована консенсусная конференция, а также мероприятия, в которых приняли участие местные, национальные и европейские организации по борьбе с болезнью Альцгеймера. Заявление о передовой практике, служащее основой обучения, разделено на шесть частей, охватывающих:

1. Защита прав человека и поощрение достоинства и социальной интеграции
2. Планирование будущего ухода за людьми с развитой деменцией
3. Управление симптомами и поддержание хорошего состояния
4. Ведение потенциально наилучшего образа жизни
5. Поддержка семьи и родственников
6. Развитие действий «Palliare» по борьбе с деменцией⁹

⁶ Hanson E, Hellstrom A, Sandvide A, Jackson GA, Macrae R, Waugh A, Abreu W, Tolson, D. (2016). The extended palliative phase of dementia – an integrative literaturereview. Dementia DOI: 10.1177/1471301216659797.

⁷ Lillo-Crespo M., Riquelme Galindo J, Macrae R., Abreu W, Hanson E, Holmerova I, Cabanero M, Ferrer R, Tolson, D (2018) Experiences of Advanced Dementia Care in seven European countries: Implications for Educating the Workforce. Global Health Action. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1478686>

⁸ Hvalič-Touzery S, BrigitaSkela-Savič B, Macrae R, Jack-Waugh A, Tolson D, Hellström A, de Abreu W, Pesjak K (2018) The provision of accredited higher education on dementia in six European countries: An exploratory study Volume 60, Pages 161-169://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.10.010 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.10.010>

⁹ Holmerová, Waugh A, Macrae R, Sandvide., Hansen E, Jackson G, Watchman K, Tolson D. (2016). Dementia Palliare Best Practice Statement, University of the West of Scotland. DOI: 10.13140/RG.2.1.3382.7446.

Каждый раздел содержит таблицу с ответами на три вопроса о наилучшей практике: «что, почему и как?» В таблице по вопросу «что?» - обобщена информация о роли медицинского работника или социального работника. «Почему?» - объясняет необходимость заявления. «Как?» - указывает, как достичь своих целей, и выделяет как основную идею, так и конкретные навыки, необходимые для достижения наилучшей практики. Одним из преимуществ нового нарратива «Palliare» является то, что он раскрывает специальные знания и «ноу-хау», необходимые для оказания высококачественной опеки людям на поздней стадии деменции. Кроме того, он признает роль, которую играют отдельные лица и команда, и обращает внимание на трудности, возникающие на пути к хорошим переменам.

Заключение

Отчет, разработанный IAGG, как основа для программы действий по глобальному развитию качества медицинской помощи в центрах опеки и лечения, указывает на обучение персонала, лидерство, повышение осведомленности и исследования. Система обучения «Palliare» отвечает на отсутствие практического обучения уходу за людьми с развитой деменцией, а также на недооценку уровня знаний и навыков, необходимых для оказания такого вида опеки. Основы «Palliare» - это информационный инструмент для менеджеров и реформаторов в отрасли домов опеки, которые убеждены, что люди с прогрессирующей деменцией нуждаются в тщательном, основанном на фактических данных уходе, предоставляемом компетентным персоналом. Успех во внедрении лучших практик и понимании сложности ухода за людьми с развитой деменцией повысит уровень практики в домах опеки и улучшит опыт многих подопечных, живущих с этим заболеванием.

dr Agnieszka Guligowska

Важность питания при заболеваниях связанных с деменцией



По оценкам Всемирной организации здравоохранения (WHO), к 2030 году число людей, страдающих деменцией, составит 75,6 миллиона, а к 2050 году оно увеличится до 135,5 миллиона. Это означает, что в 2050 году число пациентов с болезнью Альцгеймера утроится. В свете этих оценок появляются два приоритета. С одной стороны, предотвращение деменции для снижения заболеваемости, а с другой, улучшение качества жизни людей с деменцией и замедление прогрессирования заболевания.

Факторы риска должны быть определены, особенно те, которые могут быть изменены. Одним из них является **диета и способ питания**. Диета должна быть определена как то, что обычно едят и пьют и является частью образа жизни. Напротив, питание включает в себя процессы приема и переваривания пищи, а также поглощения и метаболизма питательных веществ, которые она содержит. Эти факторы обуславливают правильное развитие организма и обеспечивают нормальное функционирование мозга.

Когда пациент не хочет есть

Что касается людей, страдающих болезнью Альцгеймера, ее течение связано с деградацией областей мозга, ответственных за важные функции человека, ориентацию во времени и ассоциацию действий с предметом. Чем позже стадия заболевания, тем сложнее пациенту выполнять прием пищи, связанный с приемом пищи, пока эта функция полностью не будет утрачена. Деменция может **влиять на питание и гидратацию** следующими способами:

- восприятие изменения вкуса, некоторые люди предпочитают сладкий вкус, другие вкус более интенсивный;
- жажда уменьшается - пациенту необходимо регулярно напоминать о необходимости пить;
- снижается аппетит или наблюдается полное отсутствие интереса к еде;
- блюда и столовые приборы не распознаются;
- пациент не может использовать столовые приборы, сначала теряет способность резать, а затем использовать вилку, использует только ложку, которой съедает весь прием пищи, на следующем этапе прием пищи происходит руками;
- снижение концентрации или полное ее отсутствие во время еды затрудняет прием пищи;
- отсутствие ориентации во времени заставляет людей с деменцией не осознавать, что пора есть;
- у людей, которые чрезмерно возбуждены или подвижны возрастает потребность в энергии;
- трудности с глотанием приводят к снижению потребления пищи и напитков, эти нарушения были отмечены у 13-57% пациентов.

Следствием этих изменений является потребление недостаточного количества питательных веществ, что приводит к недоеданию и усилению слабости организма. Пациент теряет самостоятельность, частота

сопутствующих заболеваний и риск смерти также увеличивается. Чтобы противодействовать этому каскаду неблагоприятных изменений, должны быть внедрены процедуры для улучшения состояния питания и обеспечения необходимого количества питательных веществ и энергии. Чтобы улучшить аппетит, Общество Альцгеймера рекомендует:

- индивидуальный подход к пациенту, предложение любимых блюд, соблюдение предпочтений и их запись;
- если обычная еда не принимается, стоит поэкспериментировать с различными типами пищи, например, коктейлями, смузи, а также с добавками, например, специями, травами, медом;
- предложение десерта и закусок, даже если основное блюдо не было съедено;
- подача горячих блюд, контроль их температуры, подогрев при охлаждении с использованием тарелочных нагревателей;
- нежное напоминание о еде, объяснение того, что такое блюдо, побуждение к еде;
- обеспечение свободной от стресса и расслабляющей атмосферы (например, с помощью мягкой фоновой музыки);
- сведение к минимуму неблагоприятных звуков и шума,
- не следует считать, что человек не хочет есть, это явление связано с болезнью и требует от опекуна терпения, спокойствия и дальнейших попыток.

При наличии **проблем с физической координацией** также рекомендуется использовать индивидуальный подход:

- если трудно пользоваться вилок и ножом, подавайте еду, нарезанную на кусочки, достаточно маленькие, чтобы можно было есть ложкой;
- также можно подавать порции, пригодные для еды, руками (без столовых приборов);
- следует разрешить принимать пищу в наиболее благоприятном для больного месте;
- при необходимости следует использовать не проливаемые чашки или специально приспособленные тарелки, вилки, ножи и ложки.

Для стимулирования потребления жидкостей:

- предлагать напитки каждый раз, когда принимается пища;
- использовать прозрачное стекло, которое позволит увидеть, какая жидкость внутри, поскольку цветная кружка может обратить внимание на напиток;
- напоминать, какой тип напитка находится в стакане;
- предлагать разнообразные напитки - как горячие, так и холодные - в течение дня;
- не забывать, что богатые водой продукты, такие как соусы, желе, мороженое и т. д., также могут улучшить гидратацию.

Питание в комфортных условиях

Правильное потребление пищи также зависит от **окружающей среды и процедуры приема пищи**, поэтому необходимо:

- удалить все ненужные предметы из столовой, чтобы ничто не отвлекало пациента;
- уменьшить шум до минимума, он может сильно отвлекать;
- иногда спокойная музыка может помочь расслабиться;
- комната должна быть хорошо освещена, поскольку пациент может плохо видеть и испытывать затруднения при распознавании блюд, при необходимости следует описать блюда;
- по возможности, следует использовать тарелки и столовые приборы (такие как скатерти или подкладки), которые являются гладкими и контрастируют друг с другом; например, зеленую скатерть и красную тарелку, следует избегать узоров, блюда должны быть также контрастных цветов;

- не следует торопить лица, принимающего еду и не комментировать беспорядок, связанный с приемом пищи, внимание может отвлечь пациента и он может прекратить прием пищи;
- можно создать стол для «медленных едоков», чтобы дать им больше времени для еды.

У некоторых людей с деменцией возникают **проблемы с перееданием**, и в этом случае следует:

- разделить еду на две части и предлагать другую половину только тогда, когда пациент просит добавку;
- составить блюдо так, чтобы большая часть тарелки состояла из овощей (салаты, вареные овощи), при этом уменьшая долю крахмалистых продуктов и мяса;
- закуски должны быть полезными, на них могут быть нарезанные яблоки, персики, помидоры черри и т.д.;
- вместо того, чтобы есть больше, можно предложить молочный коктейль или другой полезный напиток.

Внедрение этих процедур является тяжелым **бременем для лиц**, осуществляющих уход, поэтому стоит предоставить соответствующее количество персонала, а также проводить тренинги, объясняющие специфику ухода за людьми с деменцией, а также обоснованность процедур, используемых во время приема пищи.

Важным членом команды является **диетолог**, который поддерживает планирование питания на основе принципов здорового питания пожилых людей, помогает в оценке состояния питания и планирует индивидуальную поддержку пациентов.

Рекомендуемая средиземноморская диета

Диета людей с деменцией должна обеспечивать необходимое количество энергии и питательных веществ, которые необходимы для поддержания здорового веса и хорошего здоровья. В сочетании с правильно подобранной фармакотерапией, сбалансированное питание может облегчить и замедлить течение заболевания. Как обсуждалось ранее, многие связанные с деменцией изменения в организме приводят к недоеданию. Эта проблема затрагивает 20-45% людей с деменцией в домашних условиях и более 50% пациентов в домах престарелых.

При составлении меню для больного необходимо учесть 5 приемов пищи в день с калориями, соответствующими потребностям организма. Основным источником энергии должны быть углеводы, в основном сложные (55–60% энергии), 25–30% энергии должны поступать из жиров, а 12–15% из белков. Потребление белка пожилым человеком должно составлять не менее 1,2 г на кг массы тела в день. Количество должно подбираться индивидуально, в соответствии с состоянием питания, уровнем физической активности, состоянием болезни и переносимостью. Диета должна покрывать повышенную потребность в витаминах B1, B2, B6, B12, C, D, E, A и β-каротина у пожилых людей, а также в минералах. Следует также предоставить нужное количество воды и клетчатки. Согласно пирамиде питания для пожилых людей, основой рационального питания являются овощи и фрукты, а при отсутствии противопоказаний для здоровья - цельнозерновые продукты из злаков. Кроме того, следует выбирать обезжиренные молочные продукты, постное мясо, птицу и рыбу. Для приготовления пищи полезно использовать растительные масла, предпочтительно рапсовое масло и оливковое масло. Тем не менее, жиры, такие как масло, сало, пальмовое и кокосовое масло, а также простые сахара должны быть ограничены. Рекомендуемые кулинарные приемы: приготовление на пару, тушение, тушение без предварительной жарки.

В случае серьезных проблем с приемом пищи, стоит включить **пероральные добавки**. Если нужное количество энергии и питательных веществ не может быть обеспечено пероральным путем, следует рассмотреть возможность начала диетотерапии путем гастростомии. Тем не менее, этические противоречия должны быть приняты во внимание, прежде чем использовать эту форму питания. В соответствии с рекомендациями ESPEN, пациенты с тяжелой деменцией при энтеральном питании имеют отрицательный баланс пользы и риска и, как правило, не рекомендуется.

Профилактика - результаты исследований

Многочисленные исследования показали, что риск развития умеренных когнитивных нарушений у людей, использующих **средиземноморскую диету**, снижается на 28%, а развитие болезни Альцгеймера - на 48%. Эта диета характеризуется довольно высокой долей энергии из жиров (25-40%), и только 7-8% энергии обеспечивается насыщенными жирными кислотами. Доминирующим жиром является оливковое масло, богатое мононенасыщенными жирными кислотами (MUFA) и полифенолами. Благодаря этим ингредиентам этот жир оказывает благотворное влияние на липидный профиль крови, устраняет свободные радикалы, предотвращает окисление частиц LDL, а также вызывает регресс атеросклеротических бляшек. Важным элементом диеты является очень низкое содержание **трансжирных кислот**. По данным Американской кардиологической ассоциации, их высокое потребление в виде маргарина, продуктов быстрого приготовления, сладких и соленых закусок, кофейных кремов влияет на прогрессирующую потерю памяти даже у людей в возрасте до 45 лет. Кроме того, средиземноморская диета богата антиоксидантами, содержащимися в овощах и фруктах, клетчатке и противовоспалительных омега-3 жирных кислотах.

В профилактической диете также не может быть недостатка в витаминах группы B (B6, B12, фолиевая кислота), дефицит которых напрямую связан с повышенным уровнем гомоцистеина, а также в специях, богатых антиоксидантами. Куркума (ингредиент карри) является наиболее изученным и наиболее перспективным из них. Содержащийся в ней куркумин может изменить патологию болезни Альцгеймера. Исследования «in vivo» и «in vitro» подтверждают, что он проявляет ингибирующую активность и способствует дезагрегации β -амилоидных бляшек, ослабляет гиперфосфорилирование тау-белка и увеличивает его клиренс. Низкая биодоступность куркумина является ограничением.

Многочисленные исследования также подтверждают положительное влияние регулярного употребления кофе на снижение риска развития деменции примерно на 30% по сравнению с не пьющими. Наиболее важными ингредиентами этого нейропротекторного эффекта являются, вероятно, полифенолы и кофеин. Кофеин может блокировать рецептор аденозина, который вызывает увеличение концентрации нейротрансмиттеров (серотонина и ацетилхолина) в центральной нервной системе, также улучшает герметичность гематоэнцефалического барьера, что влияет на поддержание гомеостаза центральной нервной системы. Напротив, полифенолы, содержащиеся в кофе (в основном, хлорогеновая кислота и кверцетин), увеличивают антиоксидантный потенциал крови, который может защитить нейроны от вредного воздействия свободных радикалов.

Подведение итогов

1. Правильная диета для людей, страдающих деменцией, может замедлить прогрессирование заболевания, предотвратить прогрессирующее недоедание и положительно повлиять на качество жизни.
2. В ходе болезни возникают ограничения и дисфункции, непосредственно влияющие на процесс приема пищи.

3. Создание соответствующих условий для приема пищи, а также поддержки со стороны лиц, обеспечивающих уход, является чрезвычайно важным элементом терапии для людей с деменцией.
4. Питание должно быть адаптировано к пациенту индивидуально, в зависимости от его предпочтений и потребностей, связанных с состоянием здоровья.
5. Очень высокий риск недоедания требует циклического контроля и возможного осуществления нутритивного лечения, путем перорального приема, энтеральное лечение связано с этическими дилеммами, а преимущества и выгоды должны быть рассмотрены до его возможного осуществления.
6. Научные исследования по профилактике заболеваний, связанных с деменцией, указывают на преимущества использования средиземноморской диеты, рекомендуют регулярное употребление овощей и фруктов, богатых антиоксидантами, оливковым маслом, рыбой и другими продуктами, богатыми длинноцепочечными жирными кислотами (DHA, EPA), употреблением куркумы и кофе.

Библиография

1. Дохняк М, Экерт К: Питание в профилактике и лечении болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона. Piel Zdr Publ 2015; 5: 199–208.
2. Kolahdouzan M, Hamadeh MJ. The neuroprotective effects of caffeine in neurodegenerative diseases. CNS Neurosci Ther. 2017 Apr;23(4):272-290.
3. Koseoglu E., Karaman Y.: Relations between homocysteine, folate and vitamin B12 in vascular dementia and in Alzheimer disease. Clin. Biochem. 2007; 40: 859–563.
4. Prince, Martin, Comas-Herrera, Adelina, Knapp, Martin, Guerchet, Maëlenn and Karagiannidou, Maria (2016) World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future. Alzheimer's Disease International (ADI), London, UK
5. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. Nutrition and dementia: a review of available research. Available: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>
6. Tang M, Taghibiglou C. The Mechanisms of Action of Curcumin in Alzheimer's Disease. J Alzheimers Dis. 2017;58(4):1003-1016.
7. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):10-47.
8. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, Vandewoude M, Wirth R, Schneider SM. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clin Nutr. 2015 Dec;34(6):1052-1073.