

## ЛИТЕРАТУРА

1. В. В. Зайцев. Патологическая склонность к азартным играм – новая проблема российской психиатрии / Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 3.
2. В. В. Зайцев, А. Ф. Шайдулина. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб.: Изд. дом "Нева", 2003. – 128 с.
3. Ю. В. Попов, В. Д. Вид. Современная клиническая психиатрия – М.: «Экспертное бюро-М», 1997. – 496 с.
4. Г. В. Старшенбаум. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когито-Центр, 2006. – 367 с.

## СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДУЮЩИХ БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

**Дудук С.Л.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Беларусь

Экспериментальные данные, накопленные за последние десятилетия, показывают, что прогрессирующая дегенерация холинергических нейронов и нарушение ассоциативных связей с зонами их проекций в теменно-височные и лобные отделы коры головного мозга являются основными причинными факторами расстройств памяти и других когнитивных функций, которые в конечном итоге приводят к развитию тяжелого когнитивного дефицита, социальной дезадаптации и поведенческих нарушений, т.е. к формированию синдрома слабоумия [4]. Поэтому первые попытки патогенетической терапии болезни Альцгеймера (БА) были связаны с применением предшественников ацетилхолина, таких как холин и либетин, а также блокаторов ацетилхолинэстеразы (АХЭ), препятствующих разрушению ацетилхолина в синаптической щели. Однако предшественники ацетилхолина, как и ингибиторы АХЭ первого поколения (физостигмин, такрин), не оправдали терапевтических ожиданий либо в связи с недоказанной клинической эффективностью, либо из-за тяжелых побочных действий [5].

Сотрудниками Центра по изучению болезни Альцгеймера НЦПЗ РАМН были разработаны стратегии лечения болезни Альцгеймера [2]:

1. Заместительная компенсаторная терапия, направленная на преодоление дефицита нейротрансмиттеров.
2. Протективная терапия: применение нейропротекторов и нейротрофических факторов.
3. Противовоспалительная терапия.
4. Гормональная терапия.
5. Поведенческая терапия, в том числе психофармакотерапия продуктивных психопатологических расстройств и психологическая коррекция (тренинг) когнитивных функций.

В последние годы были разработаны ингибиторы АХЭ нового поколения, обладающие обратимостью действия, селективностью в отношении АХЭ головного мозга и, соответственно, значительно меньшей выраженностью нежелательных периферических побочных явлений и отсутствием гепатотоксических свойств. Представители нового поколения – ривастигмин и допенезил. Российский препарат амиридин также рекомендован для клинического применения при лечении деменций альцгеймеровского типа, а также церебрально-сосудистой деменции [5]. Использование большинства лекарственных средств симптоматической направленности при БА ограничено их наличием на фармакологическом рынке страны. Так, в Беларуси до недавнего времени единственным препаратом, применяемым для лечения пациентов, страдающих БА, являлся нейромидин. Новые возможности в терапии данных больных открывает представитель нового поколения препаратов-ингибиторов АХЭ – донепезил, производное пиперидина [5]. Сейчас допенезил известен под торговым названием Алзепил. Он обладает высокой селективностью действия в отношении АХЭ головного мозга по сравнению с бутирилхолинэстеразой, что сводит к минимуму риск периферических побочных явлений, что особенно важно при длительном приеме медикамента. Обратимость действия препарата позволяет уменьшить опасность кумуляции и ацетилхолинэстеразной токсичности. Донепезил обладает продолжительным действием, что дает возможность ограничиться однократным приемом в течение суток. Эффективность и безопасность лечения донепезилом страдающих болезнью Альцгеймера при начальной и умеренно выраженной тяжести деменции была установлена в ходе четырех плацебо-контролируемых испытаний, двух – продолжительностью 6 месяцев, одном одногодичном исследовании. Препарат рекомендуется применять в суточной дозе от 5 до 10 мг/сут (однократный прием) [1].

Препарат улучшает мнестико-интеллектуальные функции пациентов, повышает спонтанную активность при одновременном положительном влиянии на организацию поведения, сглаживает проявления раздражительности и суетливости. Препарат хорошо переносится и не вызывает серьезных побочных явлений.

Протективная терапия направлена на сохранение и повышение жизнеспособности (выживаемости) нейронов и включает терапию ноотропами, вазоактивными средствами и препаратами, обладающими нейротрофическими свойствами. Применение таких ноотропов, как пирацетам, пиридитол – препаратов, улучшающих церебральный метаболизм, – не дало достоверных позитивных результатов при лечении больных, страдающих БА [4]. Большие дозы этих препаратов в ряде случаев оказывают даже отрицательное действие, поскольку имеются данные о возможном нейротрансмиттерном истощении при их применении. Достоверные данные о терапевтических эффектах вазоактивных средств отсутствуют. Новые направления патогенетической терапии болезни Альцгеймера, основанные на современной концепции нейропротекции, связаны с разработкой

нейротрофинов. Однако, несмотря на значительные экспериментальные достижения в этой области, пока нет доступного для периферического введения и проникающего через гематоэнцефалический барьер препарата, содержащего фактор роста нервной ткани (NGF). К новому поколению нейропротекторов относятся: блокаторы кальциевых каналов, антагонисты NMDA-рецепторов, антиоксиданты, лазароиды (21-аминостероиды), блокаторы ферментов, стабильные аналоги эндогенных нейротрофинов и факторов роста, полученные методами рекомбинантных ДНК. Терапевтическое изучение большинства этих препаратов еще продолжается [2].

Противовоспалительная терапия также находится еще в стадии изучения. Основанием к ее разработке послужили данные эпидемиологических исследований, где указывалось, что лица, длительно получавшие нестероидные противовоспалительные средства, достоверно реже заболевают болезнью Альцгеймера.

Терапия эстрогенами пока находится в стадии клинического изучения. Основанием для ее разработки послужили данные эпидемиологических исследований, свидетельствующие о том, что длительная заместительная терапия эстрогенами существенно снижает вероятность заболевания БА (A. Paganini-Hill, W. Henderson, 1994) [5].

Лечение продуктивных психопатологических расстройств и поведенческих нарушений приобретает особую значимость в связи с тем, что именно эти клинические проявления затрудняют обследование больных, реабилитационные мероприятия и особенно уход. Неадекватное назначение психотропных средств часто вызывает утяжеление симптомов деменции и/или развитие состояний спутанности. Такими отрицательными действиями чаще всего сопровождается назначение препаратов с антихолинергической активностью (например, трициклических антидепрессантов), а также нейролептиков,  $\beta$ -блокаторов, бензодиазепинов и седативных гипнотиков. Поэтому ограничение использования таких лекарственных средств является фундаментальным принципом лечения больных, страдающих БА. Немногочисленные плацебо-контролируемые исследования показали, что применение нейролептиков для коррекции поведенческих нарушений при БА оказывается малоэффективным [2].

Хотя широко признано и общепринято, что нефармакологические вмешательства всегда следует рассматривать как подход первой очереди, явно отсутствует энтузиазм в отношении более широкого применения психологических методов в лечении деменции (Douglas et al, 2004). Однако, по данным литературы, при деменции, особенно на этапе интактной критики к расстройству, наблюдаются реакции, требующие коррекции именно с помощью психотерапии: замыкание в себе; физическая и эмоциональная изоляция; соматизация и/или ипохондрия; фиксация на воспоминаниях о прошлом и об утраченных возможностях. Общественное мнение о ценности психотерапии для людей пожилого возраста вызывает разочарование. Во время опроса 414 индивидов (возраст 17–81 год) с целью узнать их мнение о психотерапии для людей

пожилого возраста участники всех возрастов заявили о своем предубеждении против подобной практики, считая, что благоприятное действие этого метода лечения неуклонно уменьшается по мере увеличения возраста клиентов (Zivian et al, 1994). Julian C. Hughes, Tony Nore, Julian Savulescu приводят результаты собственных исследований относительно этических проблем при деменции, с точки зрения людей, осуществляющих уход. Так, в отношении лиц, осуществляющих уход, это: чувство вины, долг и религиозные убеждения, ответственность за финансы, возможность нравственного развития, потребности лиц, осуществляющих уход. В отношении индивида с деменцией главными этическими проблемами являются следующие: уязвимость, применение лекарственных препаратов и средств с чрезмерным седативным действием, автономия, прежние убеждения, утрата индивидуальности. В отношении как человека, осуществляющего уход, так и индивида с деменцией – помещение в учреждение долгосрочного ухода, взаимная выгода в отношении себя и других, конфликт обязанностей в отношении себя и других, потребность разделить обязанности по уходу, стандарты ухода, необходимость в принуждении, правовые аспекты, конфиденциальность в отношениях врача и лица, осуществляющего уход, генетическое тестирование. В отношении человека, страдающего деменцией, и других – вождение автомобиля, правдивость и информация о диагнозе, эвтаназия, право умереть, паллиативная помощь [5].

Учитывая, что пациенты с деменциями попадают в поле зрения врачей-психиатров на стадии умеренной или тяжелой деменции, как правило, при решении социальных или экспертных вопросов наиболее важным является работа с родственниками или лицами, которые осуществляют уход за больным. Психообразовательная программа и комплекс психотерапевтических мероприятий – основные направления такой работы. Сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии УО «ГрГМУ» подготовлена и внедрена в работу амбулаторной психиатрической службы Гродненской области памятка для лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией самостоятельно [3]. Лицам, осуществляющим уход за пациентами с деменцией, важно иметь и поддержку извне: в общих поликлиниках, учреждениях социальной помощи, т.к. при уходе за таким больным нередко формируется «синдром выгорания», возникает чувство вины, отчаяния. Необходимо создавать общественные организации взаимопомощи, где они могли бы обмениваться информацией и обсуждать свои проблемы, обращаться за консультацией, организовывать защиту данного контингента больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease / H. Feldman [et al.] // *Neurology*. – 2001. – Vol. 57. – P. 613-620.
2. Дамулин, И.В. Современные подходы к терапии болезни Альцгеймера

- / И.В. Дамулин // Журн. неврологии и психиатрии. – 1998. – Т. 98, № 12. – С. 56-62.
3. Дудук, С.Л. Болезнь Альцгеймера: психообразовательная работа с пациентом и лицом, осуществляющим уход / С.Л. Дудук, И.А. Лелявко, Е.Г. Королева // Сборник трудов научно-практической конф., «Актуальные проблемы медицины», Гродно, 17 декабря 2009 г. / Гродн. гос. мед. ун-т; редкол.: В.М. Шейбак [и др.]. – 2009. – С. 219-223.
  4. Левин, О.С. Подходы к оптимизации терапии деменции / О.С. Левин // Журн. неврологии и психиатрии. – 2008. – № 11. – С. 106-110.
  5. Waldemar, G. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline / G. Waldemar, B. Dubois, M. Erne // European J. of Neurology. – 2007. – Vol. 14. – P. 26.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ПОШАГОВАЯ ПРОГРАММА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ, АДАПТИРОВАННАЯ К УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

**Емельянцева Т.А.**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Беларусь

Поведенческая психотерапия синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей обусловлена патогенетическими механизмами и ставит перед собой задачи улучшения адаптации такого ребенка в обществе и предупреждения коморбидных психических и поведенческих расстройств.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей, далее СДВГ, является синонимом медицинского психиатрического диагноза гиперкинетического расстройства F90. Основными жалобами при обращении за помощью к специалистам выступают поведенческие проблемы такого ребенка: непослушание, неадекватное ситуации поведение, когда ребенок вместо выполнения задания на уроке встает и ходит по классу или ведет себя «как клоун». Часто такие дети ведут себя агрессивно по отношению к окружающим, имеют серьезные поведенческие проступки в виде воровства, уходов из дома и т.п. Важно отметить, что в 90% случаев медицинскими специалистами выставляется диагноз гиперкинетического расстройства поведения F90.1.

Таким образом, поведенческие проблемы ребенка являются основным местом воздействия психотерапевтических вмешательств, и поведенческой психотерапии отводится одна из ведущих ролей, наряду с психообразовательной работой с родителями в системе комплексной помощи детям с СДВГ.

Безусловно, поведенческая психотерапия начинается с родителей в