

Языкова Инна Михайловна

ДЕМЕНЦИИ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Специальность: 14.01.06 – «Психиатрия»

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Томск 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор, **Сиденкова Алена Петровна**

ФГБОУ ВО «Уральский государственный
медицинский университет» МЗ РФ
(Екатеринбург)

Официальные оппоненты:

Круглов Лев Саввич, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Колыхалов Игорь Владимирович, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела гериатрической психиатрии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья».

Ведущее учреждение: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Тюменский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «___» декабря 2018 года в ___ часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 002.279.05 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья по адресу: 634014 г. Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья по адресу: 634014 г. Томск, ул. Алеутская, 4 и на сайте <http://www.tnimc.ru>

Автореферат разослан «___» _____ 2018 г.

Ученый секретарь совета
по защите докторских
и кандидатских диссертаций
Д 002.279.05
кандидат мед. наук

О.Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Интенсивное демографическое старение, наблюдаемое в мире в настоящее время, определяет необходимость изучения психических расстройств позднего возраста. По мнению экспертов, ВОЗ особо значимыми проблемами позднего возраста являются расстройства центральной нервной системы, в частности, деменции, распространенность которых в общемировой популяции составляет 11,2 - 17,4% среди индивидов в возрасте 75 лет и старше (ВОЗ, 2013).

Высокая медицинская и социальная значимость проблемы деменции обусловлена ее неблагоприятным влиянием на продолжительность и качество жизни пациента, вовлеченностью лиц трудоспособного возраста в уход за ним, бременем деменции, ассоциированным с тяжестью самого когнитивного снижения и с психопатологическими поведенческими симптомами, которые встречаются в 25% - 60% всех случаев деменций (А.П. Сиденкова, 2010, О.Р. Смирнов, 2015, Н.Г. Незнанов, 2016).

Нарушения пищевого поведения при поздних деменциях признаются одним из частых феноменов со встречаемостью до 40,8% всех случаев деменции (J.R. Thyrian, T.S. Eichler, D. Wuchereretal., 2014). По отдельным наблюдениям, при ослабоумливающем процессе у пациентов меняется количественная потребность в пище с возрастанием (21%) либо снижением (22,1%) потребления продуктов питания, меняются пищевые предпочтения (56,9%) (P. Cullen, F. Abid, A. Pateletal., 1997).

Степень разработанности темы исследования

Ряд авторов указывают на разнообразие клинических и патогенетических вариантов нарушений пищевого поведения при поздних деменциях, в то же время отсутствует их единая классификация (Я.Б. Калын, 2001, И.В. Колыхалов, 2007, 2017, J. Cohen-Mansfield, B. Jensen, B.Resnicketal., 2012). Представления о механизмах формирования нарушений пищевого поведения остаются неоднородными (С.И. Гаврилова, 2011, F. Cullen, P. Abid, A. Pateletal., 1997, Z. Zheng, J. Wang, L. Yietal., 2014, G. D'Onofrio, F. Panza, D. Sancarloetal., 2016).

Чаще при деменциях нарушения пищевого поведения перечисляются в ряду иных поведенческих и психопатологических симптомов слабоумия (депрессии, тревоги, апатии и т.д.) и патогенетически определяются как следствие патологии отдельных структур головного мозга (неокортекса, лимбической системы) (Z. Ismail, N. Herrmann, L.S. Rothenburgetal., 2008).

По наблюдению отечественных авторов отказы от питания на фоне деменции (наблюдаемые в 34,6% случаев), развиваются по механизмам бредового поведения, в рамках депрессии у дементных либо бывают немотивированными, что рассматривается как одно из проявлений

дезадаптации при тяжелой деменции (И.В. Резчикова, И.Р. Семин, 2001, С.И. Гаврилова 2011). Отечественные и зарубежные авторы единодушно указывают на влияние нарушений пищевого поведения на соматическое состояние больных с деменцией, рост нагрузки на ухаживающего, необходимость дополнительных стратегий медикаментозной и немедикаментозной коррекции; они ухудшают прогноз деменции и увеличивают летальный риск (Л.Д. Рахмазова, А.А. Агарков, Н.А. Васильева с соавт., 2014, А.П. Сиденкова, 2014, М.В. Гантман, 2014, Незнанов Н.Г., 2016, F. Stella, J. Laks, L. Andradeetal., 2014, M. Kamiya, T. Sakurai, N. Ogama, 2014, Å. Bergland, H. Johansen, G.S. Sellevold, 2015, A. Feast, M. Orrell, G. Charlesworthetal., 2016). Нарушенное пищевое поведение, зачастую являясь маркером когнитивной болезни для ухаживающих лиц, является самостоятельной причиной госпитализации больных с деменциями (H. Sugiyama, H. Kazui, K. Shigenobuetal., 2013).

Таким образом, актуальность настоящего исследования обусловлена высокой распространенностью тяжелых когнитивных расстройств в старших возрастных группах, их высокой социальной значимостью, недостаточностью и противоречивостью сведений о нарушениях пищевого поведения при поздних деменциях, отсутствием единого взгляда на вопросы их специфичности, классификации и четких описаний клинических вариантов данного нарушения, его отношения с иными симптомами деменций, серьезностью прогностического значения этой проблемы, отсутствием эффективных программ комплексной медицинской и психосоциальной помощи пациентам и лицам, осуществляющим уход за ними, в том числе профессиональным ухаживающим. Учитывая вышесказанное, настоящее исследование представляется актуальным как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Цель работы

Изучение клиническо-динамических особенностей поздних деменций с нарушениями пищевого поведения, разработка алгоритма диагностики и комплексного лечения деменций с нарушениями пищевого поведения.

В связи с поставленной целью определены следующие **задачи** исследования:

1. Изучение особенностей условий формирования, структуры и динамики деменций с нарушениями пищевого поведения и без нарушений пищевого поведения;
2. Исследование внутрисиндромальных взаимосвязей между когнитивными и психопатологическими симптомами при деменциях с нарушениями пищевого поведения и без нарушений пищевого поведения;
3. Анализ психопатологических симптомов и когнитивных функций при различных клинических вариантах нарушенного пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями;

4. Изучение особенностей пищевого поведения у пациентов с различной тяжестью деменции;
5. Выявление особенностей влияния нарушенного пищевого поведения бреда на уровень функциональной активности пациентов с деменциями;
6. Разработка алгоритма комплексной этапной диагностики и тактики биопсихосоциальной терапии, адресованной пациентам с деменциями с различными типами нарушенного пищевого поведения и ухаживающим за ними лицам.

Научная новизна работы

1. Впервые в процессе исследования в сравнительном динамическом аспекте изучена структура когнитивных, психопатологических компонентов синдрома деменций, протекающих с нарушениями пищевого поведения, и деменций с неосложненным пищевым поведением.
2. Выявлено, что при деменциях нарушения пищевого поведения разнообразны по клиническим проявлениям (количественные и качественные) и являются полифакторными, на их становление влияет совокупность наследственных, преморбидных личностных особенностей, клинических факторов.
3. Впервые описаны в динамике клинические типы нарушенного пищевого поведения при поздних деменциях: «повышенный аппетит»/гиперфагия, «сниженный аппетит»/отказы от пищи, «искажение пищевого поведения». Изучено их место в общей структуре синдрома деменции различной степени выраженности, их сочетание с когнитивными и иными некогнитивными (дополнительными, психопатологическими) симптомами при деменции, выявлено, что различные типы нарушенного пищевого поведения имеют различный прогноз для когнитивного, соматического функционирования и повседневной активности больных.
4. Впервые выявлены варианты синдрома кинеза деменций с нарушениями пищевого поведения: нормализация ранее нарушенного пищевого поведения, трансформация в иной патологический тип пищевого поведения, сохранение прежнего типа нарушенного пищевого поведения. Определены прогностически неблагоприятные для дальнейшего течения деменции внутрисиндромальные взаимосвязи нарушений импрессивной речи, агрессии, апатии и нарушенного пищевого поведения.
5. Установлено, что при сопоставимых когнитивных показателях уровень повседневной функциональной активности пациентов с нарушенным пищевым поведением ниже, чем у пациентов с сохраненным пищевым поведением.
6. Впервые описанные симптомокомплексы деменций с нарушениями пищевого поведения по типу «повышение аппетита»/гиперфагия, «снижение аппетита»/отказы от пищи, «искажение» пищевого поведения позволили

разработать дифференцированную комплексную терапевтическую тактику в отношении пациентов с различными клиническими вариантами нарушенного пищевого поведения.

Теоретическая и практическая значимость работы

1. В результате проведенного комплексного исследования пациентов с поздними деменциями с нарушенным пищевым поведением выявлено, что нарушения пищевого поведения – сложный полифакторный феномен, имеющий различные клинические проявления и неоднородный прогноз как для самой деменции, так и для жизни больного.
2. Выявлены различные типы течения нарушенного пищевого поведения при деменциях с возможной нормализацией данного показателя, его сохранением или трансформацией в иной тип нарушенного пищевого поведения.
3. Выявлено, что отдельные клинические варианты нарушенного пищевого поведения при деменциях являются самостоятельными клиническими образованиями со свойственными им специфическими внутрисиндромальными взаимосвязями, динамикой и прогнозом, что учтено при разработке дифференцированного подхода к оказанию помощи этим больным.
4. Разработан и внедрен в клиническую практику комплексный алгоритм ведения пациентов при деменциях с различными типами нарушенного пищевого поведения. В основу алгоритма заложены раннее выявление нарушений пищевого поведения, определение их клинического типа, дифференцированная комплексная терапия с учетом основного дезадаптирующего синдрома, организация приема пищи пациентами с учетом особенностей когнитивного дефицита, уровня функциональной активности пациентов, психообразование для ухаживающих лиц.

Методология и методы исследования

Методологической основой работы являлось представление о деменции с позиций биопсихосоциального подхода как о сложном по структуре синдроме, включающем помимо когнитивных поведенческие и психопатологические симптомы, определяющим существенную материальную и нематериальную нагрузку на членов семьи пациентов, микросоциальную динамику (В.Я. Семке, Е.В. Гуткевич, С.А. Иванова, 2008, А.П. Сиденкова, 2010, Н.Г. Незнанов, Л.С. Круглов, 2015).

Работа основана на результатах сравнительного выборочного обсервационного наблюдательного проспективного динамического исследования 156 пациента с деменцией, находившихся на стационарном лечении ГБУЗ СО «СОКПБ» с 2011 по 2015 г.г. (главный врач – О.В. Сердюк).

Основными критериями включения в исследование являлись: установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз «Деменция...»

(F00 – F03), возраст старше 60 лет, отсутствие декомпенсации соматической и неврологической патологии в течение не менее 0,5 мес.

Изучались архивные медицинские документы пациентов и медицинская карта стационарного больного настоящей госпитализации. Объективные сведения о пациентах были получены в беседах с членами их семей, ухаживающими лицами.

Сформированы две группы исследования. Критерием включения в основную группу являлись нарушения пищевого поведения (106 человек). Группу сравнения составили пациенты без нарушений пищевого поведения (50 человек). Комплексная оценка состояния пациентов обеих групп проводилась при включении в исследование и через 6 месяцев наблюдения.

Применялись кинический, нейропсихологический, психометрический, клинико – катамнестический и статистический методы исследования.

Квалификация психических расстройств участников исследования осуществлялась клинически на основании диагностических критериев МКБ - 10, утвержденной ВОЗ, а также - разработанных международными экспертными группами NINCD/ADRDA (1984).

Основным инструментом исследования являлась «Карта стандартизированного описания лица с когнитивным расстройством» (далее «Карта...»). «Карта...» отражала основные социально – демографические сведения о пациенте, клинические и нейропсихологические характеристики и их динамику, нарушения пищевого поведения и их динамику, примененные терапевтические методики.

Тяжесть когнитивного снижения оценивалась суммарным баллом «Краткой шкалы оценки психического статуса» (Mini – MentalStateExamination, MMSE) (M.F. Folstein 1975). Нарушения отдельных высших мозговых функций (оптико – пространственного и предметного гнозиса, праксиса, функций импрессивной и экспрессивной речи, внимания) оценивались по методике А.Р. Лурии (1973, 2002). Поведенческие и психопатологические симптомы как составляющие сложной структуры синдрома деменции были описаны в соответствии с пунктами «Нейропсихологического опросника» (NeuropsychiatricInventory, NPI) (J.L. Cummings, 1996, 1997). Все клинические оценки производились в первую половину дня. Уровень функциональной активности участников исследования оценивался по пунктам «Шкалы оценки функциональной активности пациента» ADCS – ADL (AlzheimersDiseaseCooperativeStudyActivitiesofDailyLivingInventory) (D. Galasko 1998, 2004).

Положения, выносимые на защиту:

1. При поздних деменциях условия формирования нарушенного пищевого поведения имеют многофакторную природу, определены высоким удельным весом преморбидных патологических личностных особенностей больных,

ранним началом болезни, особенностями поражения когнитивных функций. Индивидуальная совокупность патогенных факторов ведет к гетерогенности клинических вариантов нарушенного пищевого поведения вне зависимости от нозологической принадлежности деменций.

2. Клинические варианты нарушенного пищевого поведения определяют структуру синдрома деменции. Деменции, имеющие в своей структуре нарушения пищевого поведения, отличаются сложным психопатологическим симптомокомплексом, представленным помимо психотических, аффективными, поведенческими симптомами и более выраженным дефицитом высших мозговых функций, чем деменции без нарушений пищевого поведения соответствующего нозологического типа. Нарушения пищевого поведения имеют самостоятельную неоднородную динамику. Деменции с прогностически благоприятными и неблагоприятными вариантами нарушенного пищевого поведения имеют различные внутрисиндромальные взаимосвязи между психопатологическими и когнитивными симптомами: меньшая частота апатии и лучшая сохранность функции импрессивной речи при нормализации пищевого поведения, высокая частота явлений ажитации/агрессии при сохраняющихся нарушениях пищевого поведения.

3. Комплексная этапная диагностика состояния пациента, опирающаяся на разграничение отдельных клинических вариантов нарушенного пищевого поведения, учитывающая особенности когнитивного (в том числе ВМФ) и психопатологического компонентов синдрома деменции, выраженность его повседневной функциональной активности, включающая помимо пациентов и психообразование для ухаживающих лиц, способствует раннему выявлению этих расстройств, повышает эффективность их купирования.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность представленных в работе результатов основывается на репрезентативности выборки изучаемых лиц, использовании современных методов исследования и подтверждена статистически.

Основные положения диссертационного исследования доложены и обсуждены на научно-практических конференциях: научно – практическая конференция общества психиатров и наркологов (Екатеринбург, 2012 г.), XVI Отчетная научная сессия ФГБУ НИИ ПЗ СО РАМН (Томск, 2013), Российской научно-практической конференции «Адаптация больных шизофренией» (Томск, 2013), Юбилейная научно – практическая конференция с международным участием, конференция, посвященная 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ (Томск, 2016).

Апробация диссертации состоялась 3 ноября 2016 г. на заседании апробационной комиссии в НИИ ПЗ Сибирского отделения РАН.

Публикации. По материалам диссертационного исследования опубликовано 20 научных работ, из них 9 статей в журналах, рецензируемых ВАК.

Личный вклад автора. Автором выполнен поиск и анализ научной литературы по теме диссертации, разработаны дизайн и инструмент исследования («Карта стандартизированного описания лица с когнитивным расстройством и нарушениями пищевого поведения/без нарушений пищевого поведения»), выбраны диагностические критерии для формирования изучаемых групп; проведено клиническое обследование и курация 156 наблюдаемых пациентов, повторный осмотр 74 пациентов и клинико – катamnестическая оценка их состояния в динамике через 6 месяцев; разработаны и внедрены в клиническую практику алгоритмы ведения пациентов с нарушениями пищевого поведения при поздних деменциях. Проведены теоретические и практические занятия с врачами, обучающимися на кафедре ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральского государственного медицинского университета» МЗ РФ.

Внедрение результатов исследования. Основные результаты диссертационного исследования внедрены и используются в рутинной практической деятельности геронтологического отделения ГБУЗ СО «СОКПБ». Полученные данные используются в преподавательской работе на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ в циклах тематического усовершенствования по специальности «Психиатрия».

Соответствие диссертации паспорту специальности. Диссертация соответствует паспорту специальности ВАК 14.01.06 – психиатрия. В диссертацию включены следующие области исследования: общая психопатология, частная психиатрия, клиника, диагностика, терапия психических расстройств, профилактика психических заболеваний.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 337 страницах машинописного текста, состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, списка литературы, приложения; иллюстрирована 41 таблицей, 3 схемами и 13 рисунками. Список литературы включает 398 источников, из них - 130 отечественных и 265 зарубежных. Приведено 6 клинических наблюдений.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Результаты исследования

Статистически подтверждена сопоставимость исследуемых групп по основным социально – демографическим характеристикам, нозологической принадлежности деменции, степени выраженности когнитивного дефицита, коморбидной соматической патологии, неврологическому анамнезу, наследственной отягощенности, семейному положению, уровню образования, терапии до включения в исследование.

Медиана возраста в основной группе составила 79,0 (73,0÷83,25) лет, в группе сравнения - 80,0 (75,75÷83,0) лет ($p=0,382$). Большинство участников исследования являлись женщинами (85,85% в основной группе и 82,0% в группе сравнения) ($p=0,427$) с деменцией при болезни Альцгеймера с ранним и поздним началом (63,2% в основной группе и 56,0% в группе сравнения). Сосудистая деменция верифицировалась в 23,6% случаев у лиц с нарушенным пищевым поведением и в 24% - при нормальном пищевом поведении, смешанная деменция выявлялась соответственно у 5,7% и 8,0% пациентов, деменция в результате других причин – в 7,5% и 12,0% случаев ($p=0,327$).

Большинство участников исследования обеих групп составляли лица с деменцией умеренной выраженности (46,3% в основной группе и 50,0% в группе сравнения) и тяжелой деменцией (44,3% и 44,0% соответственно); доля пациентов с легкой деменцией в обеих группах была незначительной (9,4% при нарушенном пищевом поведении и 6,0% при неосложненном пищевом поведении), $p=0,065$.

У пациентов основной группы была выявлена значимо большая частота преморбидных личностных особенностей, соответствующих критериям «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» в соответствии с МКБ-10 пересмотра – в 12,3% (13 чел.): эмоционально неустойчивый тип (7 чел.), ананкастный тип (3 чел.), шизоидный тип (1 чел.), органический тип расстройства личности (2 чел.). В группе сравнения эти особенности не выявлялись ($p=0,033$).

Средний возраст начала заболевания в основной группе составил $70,6 \pm 7,1$ года, в группе сравнения - $72,8 \pm 6,3$ года ($p>0,05$), но раннее начало заболевания (от 49 до 65 лет) значимо чаще наблюдалось у пациентов основной группы исследования (25,40%), чем в группе сравнения (6,0%) ($p<0,01$).

В структуре синдрома деменции участников основной группы в 100% случаев помимо когнитивных расстройств наблюдались дополнительные поведенческие и психопатологические симптомы. В группе сравнения у 8,0% пациентов (4 чел.) синдром деменции был представлен только когнитивными расстройствами.

При нарушениях пищевого поведения значимо чаще, чем в группе сравнения, выявлялись ажитация/агрессия ($p<0,001$), апатия ($p=0,027$), раздражительность/ неустойчивость настроения ($p=0,004$); в группе сравнения чаще наблюдалась тревога ($p=0,002$) (Таб. 1). Эпизоды нарушенного (спутанного) сознания чаще наблюдались у пациентов с нарушенным пищевым поведением (33,4%), чем в группе сравнения (18,0%), $p=0,031$.

Анализ психопатологических и поведенческих симптомов с учетом степени выраженности деменции выявил, что в основной группе значимо

чаще, чем в группе сравнения, наблюдались явления ажитации/агрессии при деменции умеренной степени выраженности (55,1% и 28,0% соответственно, $p=0,001$) и тяжелой деменцией (63,9% и 21,8% соответственно, $p=0,042$), апатия – в подгруппе с умеренной деменцией (36,7% и 8,0% соответственно, $p=0,008$). Тревога в подгруппах участников исследования с умеренно выраженной деменцией значимо чаще наблюдалась при неосложненном пищевом поведении (53,1% и 100%, $p<0,001$). При легкой деменции по представленности поведенческих и психопатологических симптомов группы исследования не различались. При тяжелой деменции в основной группе исследования значимо чаще выявлялась ажитация/агрессия (63,9% и 21,8% соответственно, $p=0,042$).

Таблица 1. Поведенческие и психопатологические симптомы в структуре синдромов деменций в группах исследования
(показатель достоверности различий Pearson's Chi-Square)

Симптом	Группы исследования		Показатель достоверности различий Pearson's Chi-Square
	Основная группа n = 106	Группа сравнения n = 50	
Бредовые идеи	25,5 %	16,0 %	$p = 0,186$
В т.ч. бредовые идеи отравления	10,4 %	2,0 %	$p = 0,067$
Галлюцинации	12,3 %	8,0 %	$p = 0,425$
Ажитация/агрессия в т.ч.: вербальная физическая	61,3 % 16,0 % 45,3 %	30,0 % 18,0% 12,0%	$p < 0,001$
Сниженно настроенность/депрессия	39,6 %	32,0%	$p = 0,358$
Тревога	64,2%	88,0%	$p = 0,002$
Эйфория	7,5%	2,0%	$p = 0,370$
Апатия	37,7%	20,0%	$p = 0,027$
Расторможенность	20,8%	14,0%	$p = 0,312$
Раздражительность/неустойчивость настроения	80,2%	58,0%	$p = 0,004$
Отклоняющееся от нормы моторное поведение	30,2%	20,0%	$p = 0,181$
Нарушение ночного сна и поведения в ночное время	85,8%	92,0%	$p = 0,273$

Изучение нейропсихологических функций участников исследования выявило высокую представленность их нарушений в обеих группах исследования. При нарушенном пищевом поведении чаще, чем в группе сравнения выявлялся тотальный характер поражения функций предметного и оптико-пространственного гнозиса (57,5% и 38,0%), импрессивной (50,9% и 44,0% соответственно) и экспрессивной речи (44,3% и 38,0%), праксиса (38,7% и 40,0%) и внимания (48,1% и 30,0%).

Статистически подтверждено, что уровень функциональной активности участников исследования с нарушенным пищевым поведением значимо

ниже, чем у пациентов группы сравнения как без учета степени выраженности деменции ($p=0,029$), так и при деменциях легкой ($p=0,014$) и умеренной ($p<0,001$) степени выраженности. При тяжелой деменции различия отсутствовали ($p=0,097$) (Таб. 2).

Таблица 2. Уровень функциональной активности участников исследования (показатель достоверности различий Mann – WhitneyTest, Asymp. Sig. 2-tailed)

Группы исследования	Средний балл по ADCS –ADL			
	Легкая деменция	Умеренная деменция	Тяжелая деменция	Без учета тяжести деменции (средний балл по группе)
Основная группа, n = 106	29,5 (26,25 ÷ 35,75) **	34,0 (30,0 ÷ 38,5) ***	42,0 (39,0 ÷ 48,0) *	38,0 (32,0 ÷ 43,0) ***
Группа сравнения, n = 50	20,0 (19,0 ÷ 20,0)	28,0 (25,0 ÷ 32,0)	40,0 (33,75 ÷ 47,5)	31,5 (26,75 ÷ 40,0)

* $p > 0,05$

** $p < 0,05$

*** $p < 0,001$

В основной группе исследования были выявлены следующие типы нарушений пищевого поведения:

- количественные нарушения: «повышенный аппетит»/гиперфагия и «сниженный аппетит»/отказы от пищи;
- качественные нарушения – искажение пищевого поведения, изменения пищевых предпочтений, попытки употребить в пищу несъедобные предметы, несочетаемые продукты, манипуляции с пищей.

Понятия «повышенный» и «сниженный аппетит» в контексте настоящего исследования являются условными, поскольку изучались не физиологические, а поведенческие, психопатологические, когнитивные феномены, определяющие нарушения процесса приема пищи у пациентов с поздними деменциями.

С «повышенным аппетитом»/гиперфагией наблюдалось 21,7% участников основной группы (23 пациента). В неврологическом анамнезе у них значимо чаще выявлялись черепно – мозговые травмы ($p=0,004$). «Повышенный аппетит» наблюдался в следующих клинических вариантах:

- в симптомокомплексе с агрессией, расторможенностью, эмоциональной неустойчивостью, аберрантным моторным поведением, нарушениями ночного сна и поведения в ночное время (13,0%);

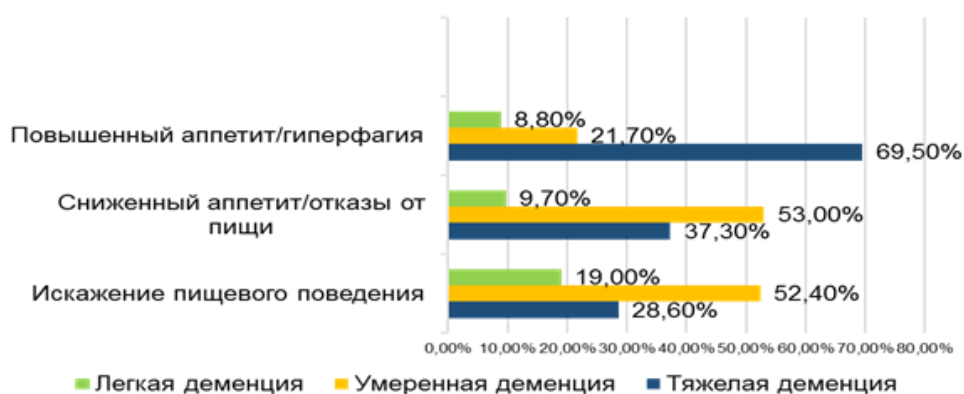
- в сочетании с апатией, низкой двигательной активностью, когда прием пищи являлся единственным внешним фактором, вызывавшим интерес у пациента (17,4%);
- при тяжелой деменции, когда «повышенный аппетит» сочетался с выраженными агностическими, апраксическими нарушениями, искажением пищевого поведения (69,6%).

Со «сниженным аппетитом» наблюдались 78,3% участников исследования (83 пациента). В неврологическом анамнезе значимо чаще, чем в группе сравнения выявлялись острые нарушения мозгового кровообращения ($p=0,004$). «Сниженный аппетит» обнаруживался:

- в структуре бредового симптомокомплекса с болезненными идеями отравления, отношения (13,3%);
- в структуре депрессивного симптомокомплекса (при ипохондрической, апатической, тревожной депрессии) (15,6%);
- при нарушенном (спутанном сознании) в сочетании с нарушением ориентировок во времени и месте нахождения, выраженным аффектом растерянности, психомоторным возбуждением при гиперактивном варианте спутанности и сниженной двигательной активностью при гипоактивном варианте (43,4%);
- при тяжелой деменции в сочетании с выраженными нарушениями праксиса, гнозиса, внимания, речи, апатией, был нарушен процесс приема пищи (27,7%).

Распределение типов нарушенного пищевого поведения при различной тяжести деменций представлено на рисунке 1.

Рисунок 1. Тяжесть деменции в основной группе исследования



$p=0,008$

Сравнительный анализ нейропсихологической структуры синдрома деменции выявил:

- у пациентов с «повышенным аппетитом»/гиперфагией значимо чаще, чем в группе сравнения выявлялись нарушения импрессивной речи (95,7% и 86,0% соответственно, $p=0,024$) и экспрессивной речи (95,7% и 66,0% соответственно, $p=0,021$);

- пациенты со «сниженным аппетитом»/отказами от пищи не отличались от группы сравнения;
- у пациентов с тяжелой деменцией с «повышенным аппетитом» чаще выявлялись тотальные нарушения оптико – пространственного гнозиса, (100,0%), $p=0,012$.

Анализ психопатологической структуры синдрома деменции с учетом степени выраженности деменции показал:

- на стадии легкой деменции у пациентов с нарушениями пищевого поведения чаще, чем в группе сравнения наблюдалась апатия ($p<0,05$);

- при умеренно выраженной деменции явления ажитация/агрессии значительно чаще выявлялись у пациентов с «повышенным» и со «сниженным аппетитом», чем в группе сравнения ($p=0,001$ и $p=0,035$ соответственно), эйфория – при «повышенном аппетите»/гиперфагии и при искажении пищевого поведения ($p<0,001$). Тревога достоверно реже наблюдалась при всех видах нарушенного пищевого поведения, чем у участников группы сравнения ($p<0,001$), апатия – значительно чаще ($p<0,05$).

- на стадии тяжелой деменции значительно чаще выявлялись: ажитация/агрессия у пациентов с «повышенным аппетитом» и со «сниженным аппетитом» ($p=0,01$); сниженное настроение/депрессия - у участников исследования со «сниженным аппетитом»/отказами от пищи ($p=0,024$); раздражительность/неустойчивость настроения - у лиц с «повышенным аппетитом» и с искажением пищевого поведения ($p=0,009$ и $p=0,039$ соответственно), аберрантное моторное поведение также значительно чаще наблюдалось при «повышенном аппетите»/гиперфагии ($p=0,001$) и искажении пищевого поведения ($p=0,013$) и у большинства участников исследования с искажением пищевого поведения ($p=0,013$) расторможенность – у лиц с искажением пищевого поведения ($p=0,054$).

Уровень функциональной активности пациентов со «сниженным аппетитом» значительно ниже, чем в группе сравнения при легкой ($p=0,019$), умеренно выраженной ($p<0,001$) и тяжелой ($p=0,045$) деменции. Данный показатель у наблюдаемых лиц с «повышенным аппетитом/гиперфагией» при легкой и умеренной и тяжелой степенях выраженности деменции был сопоставим с уровнем функциональной активности пациентов группы сравнения ($p>0,05$).

Выявлены прямые корреляционные связи умеренной силы между нарушениями пищевого поведения и следующими психопатологическими и поведенческими симптомами: идеи отравления ($r=0,206$, $p=0,010$), ажитация/агрессия ($r=0,254$, $p=0,001$), сниженное настроение ($r=0,172$, $p=0,032$), тревога ($r=-0,263$, $p=0,001$), апатия ($r=0,171$, $p=0,033$), раздражительность/неустойчивость настроения ($r=0,180$, $p=0,025$), а также между нарушениями пищевого поведения и нарушениями импрессивной и экспрессивной функциями речи ($r=0,568$ и $r=0,486$), оптико –

пространственного и предметного гнозиса ($r=0,629$ и $r=0,603$), праксиса ($r=0,637$), внимания ($r=0,626$) ($p<0,001$) (Таб. 3,4)

Таблица 3. Корреляционные связи между нарушениями пищевого поведения и поведенческими и психопатологическими симптомами участников исследования

Поведенческие и психопатологические симптомы	Количественные нарушения пищевого поведения		Качественные нарушения пищевого поведения	
	г	р	г	Р
Бредовые идеи	0,177*	0,027**	-0,154	0,055*
Бредовые идеи отравления	0,206**	0,010**	-0,114	0,157*
Галлюцинации	0,079	0,325*	0,043	0,595*
Ажитация/агрессия	0,254**	0,001**	0,102	0,207*
Сниженное настроение/депрессия	0,172*	0,032**	-0,187*	0,020**
Тревога	- 0,263**	0,001**	-0,045	0,577*
Эйфория	0,018	0,828*	0,223**	0,005**
Апатия	0,171*	0,033**	0,091	0,257*
Расторможенность	0,194*	0,312*	0,214**	0,033**
Раздражительность/ неустойчивость настроения	0,180*	0,025**	0,070	0,385*
Аберрантное моторное поведение	-0,056	0,488*	0,057	0,480*
Нарушения сна и поведения в ночное время	0,197*	0,273*	-0,214**	0,033**

* $p > 0,05$

** $p < 0,05$

*** $p < 0,001$

*г – слабая корреляционная связь

**г – средняя корреляционная связь

***г – сильная корреляционная связь

Таблица 4. Корреляционные связи между нарушениями пищевого поведения и нарушениями высших мозговых функций участников исследования

Нарушения высших мозговых функций	Количественные нарушения пищевого поведения		Качественные нарушения пищевого поведения	
	г	р	г	р
Оптико – простр. агнозия	0,078	0,330*	0,052	0,517*
Предметная агнозия	-0,001	0,988*	-0,035	0,663*
Импрессивная афазия	-0,104	0,195*	0,007	0,933*
Экспрессивная афазия	-0,012	0,879*	0,041	0,608*
Апраксия	-0,095	0,237*	-0,029	0,722*
Нарушения внимания	0,036	0,658*	-0,011	0,892*

* $p > 0,05$

** $p < 0,05$

*** $p < 0,001$

*г – слабая корреляционная связь

**г – средняя корреляционная связь

***г – сильная корреляционная связь

В динамике через 6 месяцев наблюдалось 54 пациента основной группы и 20 - из группы сравнения. По причине летального исхода в основной группе прекратили участие 18 человек, в группе сравнения – 1. Остальные участники исследования выбыли из-под наблюдения по другим причинам. Таким образом, показатель летальности в группе с нарушенным пищевым поведением составил 16,9%, в группе с неосложненным пищевым поведением – 2,0%. В обеих группах наблюдалось увеличение доли

пациентов с тяжелой деменцией за счет сокращения количества лиц с легкой и умеренно выраженной деменцией (Таб. 5).

Таблица 5. Динамика степени выраженности деменции (по MMSE) участников исследования, продолживших наблюдение через 6 месяцев (показатель достоверности различий Pearson's Chi – Square)

Выраженность деменции	Основная группа		Группа сравнения	
	При включении в исследование n = 54	В динамике через 6 месяцев n = 54	При включении в исследование n = 20	В динамике через 6 месяцев n = 20
Легкая	9,3%*	1,8%*	0%*	5,0%*
Умеренная	51,8%*	44,5%*	60,0%*	40,0 %*
Тяжелая	38,8%*	53,7%*	40,0%*	55,0%*

* p=0,065

Оценка нарушений пищевого поведения через 6 месяцев позволила выделить следующие варианты их динамики:

1. Сохранение прежнего патологического типа пищевого поведения (74% – 40 чел.);
2. Трансформация в иной патологический тип пищевого поведения (1,9% - 1 чел.);
3. Нормализация прежде нарушенного пищевого поведения (24,1% - 13 чел.).

Нарушения пищевого поведения сохранялись у 41 человека (73,9% от продолживших наблюдение участников основной группы) и были представлены «повышенным аппетитом»/ гиперфагией у 41,5% (16 чел.), «сниженным аппетитом»/отказами от пищи у 58,5% (24 чел.).

У 26,8% (11 чел.) этой подгруппы количественные нарушения пищевого поведения сочетались с искажением пищевого поведения. В подгруппе с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения большинство составили пациенты с тяжелой деменцией – 25 человек (61%).

У 24,1% (13 чел.) наблюдаемых лиц основной группы в динамике нарушения пищевого поведения не выявлялись. Большинство пациентов с нормализовавшимся пищевым поведением составили лица с умеренно выраженной деменцией с исходно «сниженным аппетитом»/отказами от пищи; из них 7 - с эпизодами нарушенного (спутанного сознания), 4 пациента наблюдались с депрессивным синдромом и 1 пациент - с болезненными идеями отравления; у 1 пациента при включении в исследование наблюдался «повышенный аппетит»/гиперфагия.

Анализ преморбидных личностных особенностей у пациентов с нормализовавшимся в динамике пищевым поведением и участниками группы сравнения не выявил значимых различий (p=0,152).

У пациентов с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения чаще наблюдалось раннее начало тяжелого когнитивного расстройства - до 60 лет – у 29,3%, в возрасте 61 – 65 лет – у 9,5%, но достоверных различий с группой сравнения по этому параметру выявлено не было ($p=0,167$).

Сравнительный анализ психопатологической структуры деменции через 6 месяцев выявил наблюдения в подгруппе с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения достоверно чаще, чем в группе сравнения наблюдалась ажитация/агрессия ($p=0,030$); подгруппа с нормализовавшимся пищевым поведением не отличалась от пациентов группы сравнения ($p=0,103$).

При включении в исследование у пациентов с сохраняющимися через 6 месяцев нарушениями пищевого поведения значимо чаще выявлялась апатия ($p=0,011$).

Изучение нарушений нейропсихологических функций показало, что в подгруппе с нормализовавшимся пищевым поведением чаще выявлялось отсутствие нарушений импрессивной функции речи, чем в группе сравнения. При включении в исследование обе подгруппы не отличались от группы сравнения.

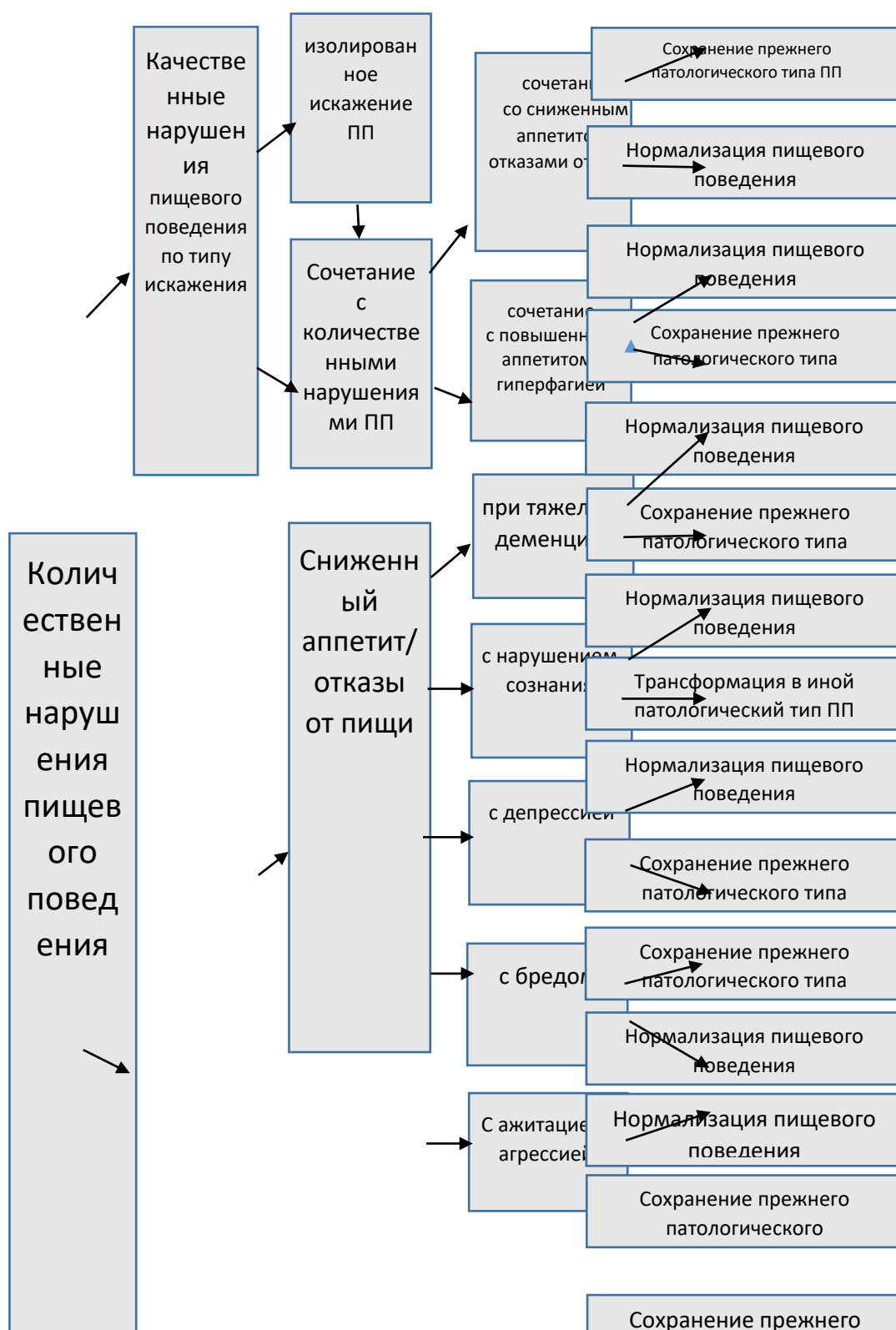
Оценка динамики уровня функциональной активности в подгруппе с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения и в группе сравнения выявила его значимое снижение через 6 месяцев по сравнению со значением при включении в исследование ($p=0,007$ и $p=0,004$ соответственно).

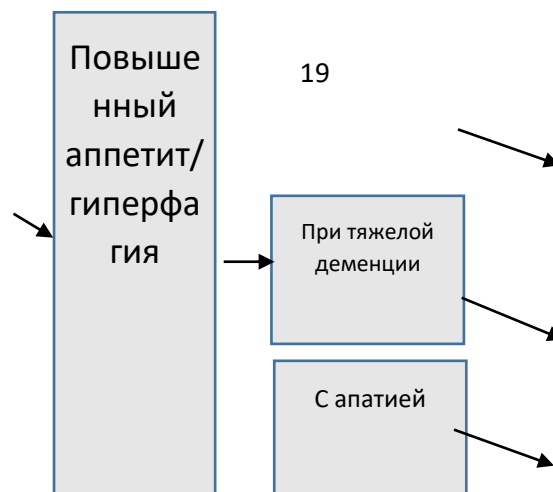
Уровень функциональной активности участников исследования с нормализовавшимся пищевым поведением через 6 месяцев не изменился по отношению к его значению при включении в исследование ($p=0,549$).

На схеме 1 отражена динамика различных клинических вариантов нарушений пищевого поведения при поздних деменциях.

Нарушения пищевого поведения при деменциях

Схема 1. Нарушения пищевого поведения при поздних деменциях





На основании результатов исследования разработан и внедрен в практическую деятельность алгоритм ведения пациентов с тяжелыми когнитивными расстройствами и нарушениями пищевого поведения в условиях стационарного психиатрического отделения.

Схема 2. Алгоритм ведения пациентов с деменциями с нарушенным пищевым поведением по типу «повышенный аппетит»/гиперфагия в геронтопсихиатрическом стационаре

1.	Выявление нарушений пищевого поведения у пациентов при сборе анамнеза со слов информантов (ухаживающих - членов семьи пациента, работников социальных служб, нанятых сиделок), уточнение сведений о нарушениях пищевого поведения в семьях, случаях наследственной отягощенности по фундаментальным базисным привычкам.	
2.	Оценка нарушений пищевого поведения («повышенный аппетит»/гиперфагия, «сниженный аппетит»/отказы от пищи, наличие искажений пищевого поведения) на основании собственных наблюдений за пациентом в условиях стационара	
3.	Определение клинического типа нарушений пищевого поведения, выявление ведущих дезадаптирующих симптомов – мишеней терапии	
Терапевтические мероприятия		Организационные мероприятия
Медикаментозная терапия: - коррекция дезадаптирующих симптомов – мишеней (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики); - противодементная терапия (ингибиторы ацетилхолинэстеразы, глутаматэргическая терапия); - по показаниям – нейропротективная, вазоактивная терапия.		1. Обучающие занятия с ухаживающими (персоналом и членами семей), направленные на установление эффективного взаимодействия с пациентом. 2. Организация питания пациентов: - предупреждение агрессивного поведения, попыток присвоения пищи других пациентов; - контроль за количеством съеденной пищи, ее составом и консистенцией; - возможен дополнительный прием пищи; - профилактика асфиксии. 3. Контроль сбалансированности рациона по составу нутриентов и энергетической ценности.

	При сочетании повышенного аппетита/гиперфагии с искажениями пищевого поведения: - профилактика употребления в пищу несъедобных предметов; - предупреждение припрятывания пищи, манипуляций с пищей.
--	---

Схема 3. Алгоритм ведения пациентов с деменциями с нарушенным пищевым поведением по типу «сниженный аппетит»/отказы от пищи в геронтопсихиатрическом стационаре

1.	Выявление нарушений пищевого поведения у пациентов при сборе анамнеза со слов информантов (ухаживающих - членов семьи пациента, работников социальных служб, нанятых сиделок), уточнение сведений о нарушениях пищевого поведения в семьях, случаях наследственной отягощенности по фундаментальным базисным привычкам.	
2.	Оценка нарушений пищевого поведения («повышенный аппетит»/гиперфагия, «сниженный аппетит»/отказы от пищи, наличие искажений пищевого поведения) на основании собственных наблюдений за пациентом в условиях стационара	
3.	Определение клинического типа нарушений пищевого поведения, выявление ведущих дезадаптирующих симптомов – мишеней терапии	
Терапевтические мероприятия		Организационные мероприятия
Медикаментозная терапия: - коррекция дезадаптирующих симптомов - мишеней (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики); - противодementная терапия (ингибиторы ацетилхолинэстеразы, глутаматэргическая терапия); - по показаниям – нейропротективная, вазоактивная терапия;		1. Обучающие занятия с ухаживающим персоналом, направленные на установление эффективного взаимодействия с пациентом. 2. Контроль сбалансированности рациона по составу нутриентов и энергетической ценности. 3. Организация питания пациентов: - создание благоприятной окружающей среды во время приема пищи (достаточная освещенность помещения, отсутствие шума, неприятных запахов); - наличие достаточной продолжительности времени для питания пациентов; - кормление пациентов с помощью персонала; - вербальное поощрение пациентов при приеме пищи; - поддержание внимания пациента на процессе приема пищи, при необходимости инструктирование пациента по необходимым действиям. - обеспечение возможности дополнительного кормления пациентов высококалорийной легкоусвояемой пищей вне основных приемов пищи; - повторные попытки кормления пациентов с выраженной агрессией в периоды послабления агрессивной симптоматики.
		При сочетании «сниженного аппетита»/отказов от пищи с

	искажением пищевого поведения: - обеспечение возможности выбора пищи (по консистенции, вкусовым качествам) для пациента в пределах установленного меню.
--	--

ВЫВОДЫ

1. На основании исследования 156 пациентов старше 60 лет с альцгеймеровской, сосудистой, смешанной деменциями и деменциями в результате других причин, выявлено, что нарушение пищевого поведения при деменциях чаще формировалось у лиц с эмоционально неустойчивым, ананкастным, шизоидным, органическим расстройствами личности ($p=0,033$), более ранним началом деменции (дебют деменции до 65 лет у 25,4% у больных с нарушениями пищевого поведения и 6,0% в случае сохранного пищевого поведения) ($p<0,01$).

2. Деменции с нарушением пищевого поведения являются сложными по психопатологической структуре синдромами, включающими некогнитивные психопатологические симптомы чаще, чем при сохранном пищевом поведении (психотические, аффективные и поведенческие симптомы: возбуждение/агрессия ($p<0,001$), апатия ($p=0,027$), раздражительность/эмоциональная лабильность ($p=0,004$), бредовые идеи отравления ($p=0,067$)). При деменциях с нарушениями пищевого поведения тотальное поражение высших мозговых функций наблюдается чаще, чем при деменциях с сохранным пищевым поведением ($p<0,05$). Встречаемость тотальных нарушений в основной группе и группе сравнения: оптико – пространственного гнозиса 57,5% и 38,0%, предметного гнозиса 50,9% и 38,0%, импрессивной речи 50,9% и 44,0%, экспрессивной речи 44,3% и 38,0%.

3. Выявлены внутрисиндромальные взаимосвязи между показателем «нарушенное пищевое поведение» и психопатологическими расстройствами: идеи отравления ($r=0,206$, $p=0,010$), ажитация/агрессия ($r=0,254$, $p=0,001$), сниженное настроение ($r=0,172$, $p=0,032$), тревога ($r=-0,263$, $p=0,001$), апатия ($r=0,171$, $p=0,033$), раздражительность/неустойчивость настроения ($r=0,180$, $p=0,025$), а также «нарушенным пищевым поведением» и нарушениями импрессивной и экспрессивной функциями речи ($r=0,568$ и $r=0,486$), оптико – пространственного и предметного гнозиса ($r=0,629$ и $r=0,603$), праксиса ($r=0,637$), внимания ($r=0,626$) ($p<0,001$).

4. Вне зависимости от нозологической принадлежности деменции ($p=0,327$) нарушения пищевого поведения разнообразны, представлены количественными нарушениями («повышенный аппетит»/гиперфагия, «сниженный аппетит»/отказ от пищи) (78,3%) и качественными нарушениями («искажение» пищевого поведения) (19,8%).

5. Психопатологическая структура синдромов деменций имеет отличия при разных типах нарушенного пищевого поведения.

5.1. Нарушение пищевого поведения по типу «повышенного аппетита»/гиперфагии наблюдалось в едином симптомокомплексе с ажитацией/агрессией ($p < 0,005$), эйфорией ($p < 0,05$), расторможенностью ($p = 0,020$), раздражительностью/неустойчивостью настроения ($p = 0,012$), абберрантным поведением ($p < 0,001$), нарушениями импрессивной и экспрессивной речи ($p = 0,024$, $p = 0,021$), нарушениями оптико-пространственного гнозиса ($p = 0,012$).

5.2. При деменциях с нарушениями пищевого поведения по типу «снижения аппетита»/отказов от пищи в структуре синдрома выявлены бредовые идеи отравления ($p = 0,024$), апатия ($p = 0,019$), гипотимии ($p = 0,024$), нарушения предметного гнозиса (75,0%).

5.3. Качественные нарушения пищевого поведения по типу «искажения» обнаружены в симптомокомплексе, включающем ажитацию/агрессию ($p = 0,004$), эйфорию ($p = 0,025$), апатию ($p = 0,048$), расторможенность ($p = 0,028$), тотальные нарушения оптико-пространственного гнозиса ($p = 0,012$).

6. Клинические варианты течения нарушенного пищевого поведения при деменциях различны.

6.1. Положительная динамика с нормализацией прежнего патологического типа пищевого поведения наблюдалась при сочетаниях количественных нарушений пищевого поведения («повышенный аппетит»/гиперфагия, «сниженный аппетит»/отказы от пищи) с аффективными, психотическими, поведенческими симптомами, нарушениями сознания.

6.2. Сохранение прежнего патологического типа пищевого поведения выявлено при сочетании количественных нарушений пищевого поведения с тяжелой деменцией, апатией, сочетаниях с качественными нарушениями пищевого поведения.

6.3. Трансформация нарушенного пищевого поведения в иной тип нарушений пищевого поведения наблюдался при сочетании «сниженного аппетита/отказов от пищи» при нарушенном (спутанном) сознании.

7. По мере утяжеления деменции усугублялось различие в клинической структуре синдрома деменции у лиц с сохранным и нарушенным пищевым поведением. При всех клинических вариантах нарушенного пищевого поведения нарастала частота аффективных (агрессия, раздражительность, гипотимия) и поведенческих симптомов (возбуждение, абберрантное поведение, нарушение ночного поведения, присоединение искаженных форм пищевого поведения), случаев нарушенного сознания ($p < 0,05$).

8. Пациенты с нормализовавшимся пищевым поведением по преморбидным личностным особенностям (отсутствие признаков

расстройства личности в преморбиде) ($p=0,152$), возрасту начала когнитивного снижения (когнитивное снижение старше 65 лет у 84,6% участников основной группы и 90,0% группы сравнения) ($p=0,401$), показателям когнитивных функций сопоставимы с группой сравнения ($p>0,1$), у них реже, чем у лиц с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения, выявлялась вербальная и физическая агрессия ($p=0,058$), апатия ($p=0,011$).

9. Деменции с нарушенным пищевым поведением имеют неблагоприятный прогноз по скорости когнитивного снижения, осложненным формам и летальному исходу. В 6-ти месячной динамике выявлено более интенсивное когнитивное снижение, чем при деменциях с сохранным пищевым поведением за счет уменьшения доли лиц с легкой и умеренно выраженной деменцией. Нарушения сознания (спутанность) чаще наблюдались у пациентов с нарушенным пищевым поведением ($p=0,031$), в 25,0% нарушение сознания предшествовало интенсивному когнитивному снижению, в 61,1% - летальному исходу. В основной группе за 6 месяцев наблюдения летальный исход у 16,9% пациентов, в группе сравнения у 2,0% участников.

10. Уровень повседневной коммуникативной и социально-бытовой активности у пациентов с деменциями с нарушенным пищевым поведением значимо ниже, чем у лиц с сопоставимой нозологической принадлежностью и тяжестью деменции с сохранным пищевым поведением ($p<0,005$).

11. Разработанный диагностический алгоритм опирается на биопсихосоциальный подход в понимании деменции, включает раннее выявление и определение типа нарушенного пищевого поведения, комбинированную психофармакотерапию, психообразование лиц, осуществляющих уход за больными, что снижает частоту агрессии, аффективных, психотических расстройств у больных, повышает уровень их повседневной функциональной активности.

Практические рекомендации

1. Полученные результаты исследования позволяют своевременно выявлять, определять клинические типы и корректировать нарушения пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями.
2. Разработан алгоритм раннего распознавания, дифференцировки нарушений пищевого поведения при поздних деменциях, тактики медикаментозной и немедикаментозной их коррекции.
3. Предложенный алгоритм включает в себя мероприятия по организации благоприятной окружающей среды для пациентов с деменциями и нарушениями пищевого поведения, психообразование ухаживающих лиц, что способствует повышению эффективности коррекции данных нарушений.

Статьи в журналах, рецензируемых ВАК:

1. Анализ причин госпитализаций пациентов с поздними деменциями в геронтопсихиатрический стационар / Языкова И.М., Сиденкова А.П., Куцанова А.М. // Уральский медицинский журнал № 6 (60) 2009 г., С.110-113.
2. Нарушения аппетита и пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями / Языкова И.М., Сиденкова А.П. // Уральский медицинский журнал № 9 (74), 2010 г. С. 69-71.
3. Нарушения пищевого поведения – отказы от пищи у больных старших возрастных групп с деменциями / Языкова И.М., Сиденкова А.П. // Уральский медицинский журнал №11 (89), 2011 г. С. 48-51.
4. Нарушения пищевого поведения в структуре поведенческих и психопатологических расстройств при поздних деменциях / Языкова И.М. // Уральский медицинский журнал № 09 (101), 2012 г. С. 50-53.
5. Клинико – динамические характеристики нарушений пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями / Языкова И.М. // Уральский медицинский журнал № 07 (112), 2013 г. С. 15-20.
6. Когнитивные особенности деменций, протекающих с нарушениями пищевого поведения / Языкова И.М. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии №1 (82) 2014 г., с. 49-54.
7. Опыт ведения пациентов с поздними деменциями, протекающими с нарушениями пищевого поведения, в геронтопсихиатрическом стационаре / И.М. Языкова // Уральский медицинский журнал № 07 (121) 2014 г., С.38-42.
8. Клинико – динамический анализ нарушений пищевого поведения при деменциях // И.М. Языкова, А.П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал № 08 (131) 2015 г. С. 26-32.
9. Клинико – катamnестический анализ нарушений пищевого поведения при поздних деменциях / И.М. Языкова, А.П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал № 08 (141) 2016 г. С. 9-14.
10. Преморбидные личностные характеристики и микросоциальные особенности при поздних деменциях с нарушениями пищевого поведения / И.М. Языкова, А.П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал 2017 г. (в печати).

Тезисы в других периодических изданиях:

1. Опыт применения холина альфосцерата для купирования экзогенных психозов у лиц старших возрастных групп / Языкова И.М., Сиденкова А.П. // «Охрана психического здоровья в демографической политике страны. Научно – практическая конференция с международным участием, посвященная 100 – летию ОГУЗ Томская клиническая психиатрическая больница». Тезисы докладов под редакцией акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой, акад. РАМН В.Я. Семке, проф. А.П. Агаркова. Изд. «Иван Федоров». Томск 2008 г.
2. Исходы купирующей терапии экзогенных психозов у лиц старших возрастных групп / Языкова И.М., А.П. Сиденкова // «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения: сборник тезисов региональной конференции молодых ученых и специалистов (Томск, 17 июня 2008 г.) под ред. В.Я. Семке.
3. Клинико – дисфункциональные причины госпитализаций пациентов с поздними деменциями в психиатрический стационар» / И.М. Языкова, А.П. Сиденкова, А.М. Куцанова // Материалы научно – практической конференции. г. Кемерово. 2009 г.
4. Клинико – динамические особенности пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями / И.М. Языкова // «Третья Всероссийская конференция с международным

участием «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии» Тезисы докладов. Томск 2013 г.

5. Клинико – дисфункциональные особенности расстройств пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями / Языкова И.М. / Тезисы докладов Евразийского Конгресса «Медицина, фармация и общественное здоровье - 2013» с международным участием. Екатеринбург 21–23 мая 2013 г.

6. Нарушения пищевого поведения при поздних деменциях / Языкова И.М. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Сборник тезисов. XVI научной отчетной сессии ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН (Томск, 8 октября 2013 г.) Российская научно – практическая конференция «Адаптация больных шизофренией» (Томск 9 октября 2013 г.) под ред. Члена – корр. РАМН Н.А. Бохана. Изд. «Иван Федоров». с. 62 – 63.

7. Нейропсихологические корреляты нарушенного пищевого поведения при тяжелых когнитивных расстройствах / Языкова И.М., Сиденкова А.П. // Мультидисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность? Материалы Всероссийской конференции Российского общества психиатров (Санкт – Петербург, 14 – 17 мая 2014 г.). С. 210 – 211.

8. Динамические аспекты нарушений пищевого поведения при поздних деменциях / Языкова И.М. // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения. Материалы IV региональной конференции молодых ученых (Томск, 17 – 18 июня 2014 г.).

9. Изменение индекса массы тела при нарушениях пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями / Языкова И.М., Сиденкова А.П. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Сборник тезисов Юбилейной научно – практической конференции с международным участием, посвященной 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 1 ноября 2016 г.), II Всероссийской научно – практической конференции с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященной памяти академика В.Я. Семке (Томск, 2 ноября 2016 г.).

10. Функциональные аспекты деменций, протекающих с нарушениями пищевого поведения / Языкова И.М., Сиденкова А.П. // Сборник тезисов Юбилейной научно – практической конференции с международным участием, посвященной 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 1 ноября 2016 г.), II Всероссийской научно – практической конференции с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященной памяти академика В.Я. Семке (Томск, 2 ноября 2016 г.).

11. Анализ факторов predisпозиции при поздних деменциях с нарушениями пищевого поведения / И.М. Языкова, А.П. Сиденкова // Материалы научно – практической конференции «Современные тенденции развития психиатрической помощи: от региональных моделей к общей концепции?» под ред. Н. Г. Незнанова, О.В. Лиманкина; Екатеринбург 14-15 сентября 2017 г. – эл. издание.

Зарегистрирован патент на промышленный образец №101888 25.01.2017 г. «Схема комплексной оценки когнитивных, психопатологических профилей и функциональной активности лиц старших возрастных групп» /Соколова И.В., Языкова И.М., Лейдерман М.В., Сердюк О.В., Жмудь М.В., Сиденкова А.П.