

КОНСЕНСУС ЗА ДЕМЕНЦИИТЕ

Приет на Конференцията на Частнопрактикуващите психиатри
7-9 юни 2002 г. БОРОВЕЦ

СОЦИАЛНА ЗНАЧИМОСТ НА ДЕМЕНЦИИТЕ

65-79Г.ВЪЗРАСТ - 3-6%

80-95Г.ВЪЗРАСТ - 20-30%

УДВОЯВА СЕ ВСЕКИ 5 ГОДИНИ СЛЕД 60Г.ВЪЗРАСТ

Определение

Деменцията е синдром, характеризиращ се с множествено засягане на когнитивните функции, без помрачение на съзнанието.

Засегнатите функции са:

- Интелект
- Способност за заучаване
- Памет
- Лингвистични възможности
- Способност за справяне с проблеми
- Ориентация
- Нарушение в сетивата, вниманието и концентрацията
- Нарушение във възможността за преценка
- Нарушено социално функциониране

DSM – IV: Симптомите на деменцията водят до значително нарушение и засягане на общото и социалното функциониране и представляват значително намаление в сравнение с предишното ниво на функциониране.

Класификация на деменциите по МКБ - 9

290. Сенилни и пресенилни органични състояния

290.0 Сенилна деменция проста форма

290.1 Пресенилна деменция при болест на Алцхаймер

290.2 Сенилна деменция депресивна или параноидна форма

290.3 Сенилна деменция с остра обърканост

290.4 Атеросклеротична деменция или параноидна форма деменция при заболявания, класифицирани другаде:

290.8 Други

290.9 Неуточнени

294.1 Деменция при състояния, класирани другаде

Класификация на деменциите по МКБ -10

- F 00. Деменция при болест на Алцхаймер
- F 01. Съдова деменция
- F 02. Деменция при заболявания, класифицирани другаде:
 - F 02.0 Деменция при болест на Пик
 - F 02.1 Деменция при болест на Кройцфелд-Якоб
 - 02.2 Деменция при болест на Хънтингтон
 - F 02.3 Деменция при болест на Паркинсон
 - F 02.4 Деменция при вирусен имунодефицит у човека (HIV- вирус и СПИН)
 - F 02.8 Деменция при други заболявания
- F 03. Неуточнена деменция

Класификация на деменциите според причините:

1. Дегенеративни заболявания –

Корови дегенеративни заболявания

- *Алцхаймерова деменция – 50-60 % от всички деменции*

Не-Алцхаймерови деменции –

- *Болест на Пик, Дегенерация на челния дял, Първична прогресивна афазия, Болест на Люи*

Подкорови дегенеративни заболявания

- Болест на Хънтингтон
- Болест на Паркинсон и др.

2. Съдови заболявания

- *Мултиинфарктна деменция – 15-30 % от всички деменции*
- Лакунарен статус, Болест на Бинсгвангер

3. Метаболитни Ендокринни заболявания

- Болест на Уилсон
- Хипопаратироидизъм
- Хипотироидизъм

4. Инфекциозни и токсични причини за деменции –

- невросифилис, СПИН, Куру,
- Болест на Кройцфелд-Якоб,
- алкохол, медикаменти и др.

4. Други заболявания предизвикващи деменция

- Множествена склероза
- Хидроцефалия с нормално.налягане
- Други

**Критерии за диагноза :
ДЕМЕНЦИЯ ОТ АЛЦХАЙМЕРОВ ТИП**

1. Множествен когнитивен дефицит проявен чрез:
Паметово нарушение
Поне едно от следните когнитивни нарушения:
 - Афазия
 - Апраксия
 - Агнозия
 - Нарушение в изпълнителните функции (планиране, организиране на сложни двигателни и поведенчески програми, съблюдаване на последователност на етапите на изпълнение)
2. Когнитивния дефицит води до значим упадък в социално и професионалните дейности
3. Постепенно прогресиращ когнитивен и функционален упадък
4. Множествения когнитивен дефицит не се дължи на:
 - Други увреди на ЦНС, които предизвикват паметов дефицит
 - Други системни заболявания, предизвикващи деменция
 - Увреди от употреба на психоактивни и др. субстанции
5. Нарушенията не са резултат от делир
6. Нарушенията не биха могли да се обяснят с голям депресивен епизод или шизофрения

**Критерии за диагноза:
ДЕМЕНЦИЯ ОТ ВАСКУЛАРЕН ТИП**

1. Множествен когнитивен дефицит проявен чрез:
Паметово нарушение
Поне едно от следните когнитивни нарушения:
 - Афазия
 - Апраксия
 - Агнозия
 - Нарушение в изпълнителните функции (планиране, организиране на сложни двигателни и поведенчески програми, съблюдаване на последователност на етапите на изпълнение)
2. Когнитивния дефицит води до значим упадък в социалните и професионалните дейности
3. Огнищни неврологични белези и симптоматика- рефлекс, походка, слабост в крайниците, лабораторни данни – доказващи церебро-вакуларни промени
4. Нарушенията не са резултат от делир

ПРОЦЕДУРИ ПРИ ДИФЕРЕНЦИАЛНАТА ДИАГНОЗА

- Анамнеза
- Физикален преглед
- Витални показатели- пулс, арт.налягане,тегло и др
- Психичен статус
- Параклинични показатели (ЕКГ)
- Рентген на гръден кош
- КАТ, ЕЕГ
- Невропсихологична оценка

ПРИ НЕОБХОДИМОСТ

- Лумбална пункция
- MMSE- скалиране
- Скрининг за обща интоксикация (медикаменти, наркотици, алкохол, тежки метали) (ако се налага от прегледа и анамнезата)
- ЯМР
- Скрининг за вирусни и автоимунни заболявания
- Ендокринен статус

ПОВЕДЕНЧЕСКИ И ПСИХОЛОГИЧНИ СИМПТОМИ ПРИ ДЕМЕНЦИЯ (BPSD)

90% ОТ ПРОБЛЕМИТЕ!

Поведенчески разстройства: блъскане, удряне, крещене, тъпчене на едно място

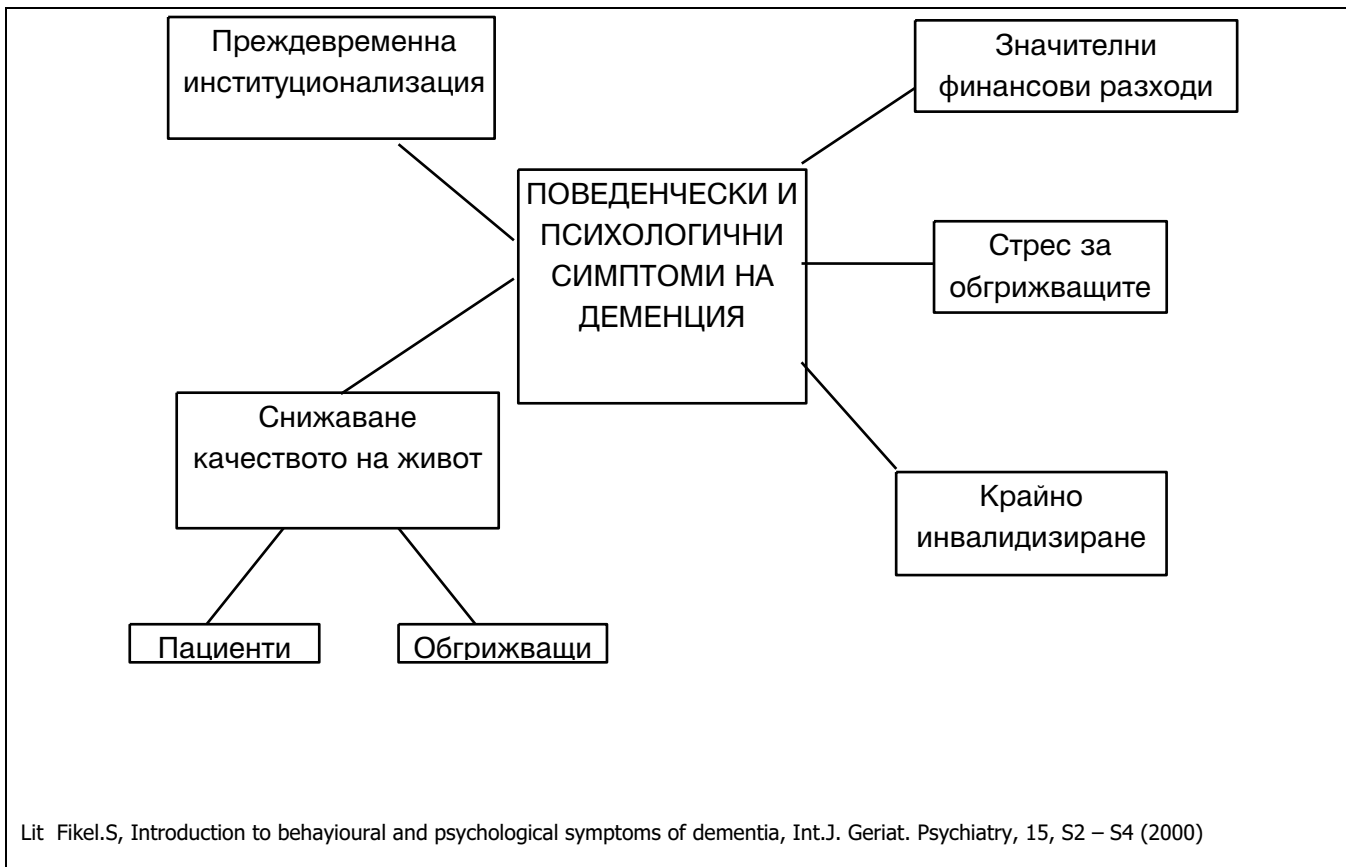
Психологически разстройства: психоза, депресия, агресия

(Формулировката е приета на консенсусна конференция на САП през 1996г.)

ОСНОВНО ПРАВИЛО:

ОБСЛУЖВАНЕТО НА ПАЦИЕНТИ С ДЕМЕНЦИИ МОЖЕ ДА СТАВА САМО В СИСТЕМИ, С ПРЕКИ АНГАЖИМЕНТИ И НА ОБЩИНТЕ.

Основното ядро е екип, ръководен от психиатър и включващ задължително клиничен психолог и социален работник.



ИЗИСКВАНИЯ ЗА КВАЛИФИКАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ ПРИ БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

Преминали болни през звеното	10
Ръководител на екипа	Психиатър със специалност Изпълняващ съсловните изисквания за непрекъснато обучение (40т./г.)
Лекуващ лекар	Изпълняващ изискванията за следдипломна квалификация и съсловните изисквания за непрекъснато обучение (40т./г.)
Клиничен психолог	Изпълняващ изискванията за следдипломна квалификация и съсловните изисквания за непрекъснато обучение
Мед. сестри	Участвали в лечението на преминалите пациенти и евентуално завършили специализирани курсове
Соц. работник	Дипломиран и с опит в обгрижването на 10 пациенти

**СРЕДЕН ПРЕСТОЙ НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ В СТАЦИОНАР НА
УНИВЕРСИТЕТСКА КЛИНИКА, ДИСПАНСЕР ИЛИ ОТДЕЛЕНИЕ КЪМ
БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ**

За пациенти без отклонения и коморбидност	15 дни
За пациенти с отклонения и коморбидност	60 дни
За пациенти с усложнения	90 дни

ТЕРАПИЯ НА ДЕМЕНЦИИТЕ – КОГНИТИВЕН ДЕФИЦИТ

Препарати за Алцхаймерова деменция:

Донепезил 5 -10 мг/дн/вечер преоценка след 1 мес.

Ривастигмин 3 мг/дн до 12 мг/дн

Галантамин 1-20 мг /дн

Такрин нач.доза 40 мг/дн след 6 седм. 80 мг/дн
след още 6 седм. 120-160 мг/дн

Препарати за васкуларна деменция:

Ницерголин	30-60 мг/ден
Винпоцетин	30-60 мг/ ден
Галантамин	1-20 мг/ ден
Пирацетам	2400 мг/ден 6-8 седмици
Ороцетам	1-3 амп 3 пъти на ден
Деанол	50-150 мг/ ден
Меклофеноксат	1г/ден
ГАБА	1000- 2000мг/ден

ОБОБЩЕНИЕ НА АВСТРИЙСКОТО ОБЩЕСТВО ПО ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ЗА МЕДИКАМЕНТОЗНАТА ТЕРАПИЯ НА ДЕМЕНЦИЯТА АЛЦХАЙМЕРОВ ТИП ОТ СВЕТОВНИЯ ОПИТ(1991 - 2000)

ПРЕПАРАТ	ЗАКЛЮЧЕНИЕ
CEREBROLYSIN	<u>Няма</u> официални данни, които да оправдават индикациите при болестта на Алцхаймер
LECITHIN, CHOLIN	<u>Липсва</u> ефект
DINHYDROERGOTOXIN	<u>Няма</u> адекватни научни доказателства за ефективност. <u>Понякога</u> субективно подобрение.
NIMODIPIN	<u>Липсват</u> публикации, които да потвърждават позитивен ефект. <u>Съмнителен</u> като гериатрикум.
PYRITINOL	<u>Нетгативни</u> резултати
PIRACETAM	<u>Непотвърден</u> положителен ефект
НЕСТЕРОИДНИ ПРОТИВОВЪЗПАЛИТЕЛНИ	<u>Известен, но несигурен</u> превантивен ефект, <u>некомпенсиращ</u> страничните явления
ЕСТРОГЕНИ	<u>Липсва</u> позитивен ефект
SELEGILIN + VIT. C	<u>Неоправдани</u> очаквания.
GINKGO – ЕКСТРАКТИ	Досега <u>липсват</u> сигурни данни за да се препоръчат като релевантна терапия
TACRIN	<u>Отбелязан</u> ефект при леки и среднотежки деменции. Поради тежки странични явления се препоръчва по изключение.
DONEPEZIL	<u>Ефект различен от плацебо, но ограничен.</u> Подобрението при отделни болни може да бъде по-голямо, поради което по-продължително <u>лечение се препоръчва само в случаите, където се набелязва ефект.</u>
RIVASTIGMIN	<u>Ефект различен от плацебо, но ограничен.</u> Подобрението при отделни болни може да бъде по-голямо, поради което по-продължително <u>лечение се препоръчва само в случаите, където се набелязва ефект.</u>
АЦЕТИЛХОЛИНЕСТЕРАЗНИ ИНХИБИТОРИ	<u>Профилактично даване</u> на инхибитори на холинестеразата при асимптомни пациенти е <u>нецелесъобразно.</u>

Lit/Pharmainfirmation 2000 In:Neuropsychiatry, 2, 69-72,(2001)

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПИЯ НА БОЛНИ С ДЕМЕНЦИ С ПСИХОТИЧНИ СИМПТОМИ*

*Препоръка:

! Дозите на невротиптиците да се намалят на около 30% от посочените

Остра фаза		Поддържаща фаза			
<i>Медикамент</i>	Нач.доза мг/ден	Опт.прицелна доза мг/ден	Време седм.	Ср.поддърж. доза мг/ден	
		Първи епизод	Следващ епизод		
<u>С висок потенциал</u>					
Халоперидол	2-5	5-10	8-12	6-7	5-10
Флупентиксол	1-4	4-7	4-12	6-7	2-7
Тиопроперазин	5-10	10-60	10-60	6-7	10-20
Трифлуоперазин	5-10	10-30	10-30	6-7	10-15
Пенфлуридол		10-20	20 - 60	6-7	10-40
Пимозид	2-4	4-10	4-16	6-7	4-8
<u>Със среден потенциал</u>					
Хлорпромазин	25-150	300-600	400-800	6-7	200-600
Левомепрамазин	25-300	300 – 600	400-800	6-7	200-600
Клопентиксол	10 - 25	100 – 300	300- 600	6-7	100-200
<u>С нисък потенциал</u>					
Тиоридазин	50-125	250-300	400-800	6-7	300-600
<u>Атипични НЛ</u>					
Оланзапин + и.м	5-10	10-15	15-20	6-7	5-10
Кветиапин	50-100	300	300-600	6-7	300-400
Рисперидон (+ sol.)	1-2	4	6	6-7	4-6
Сулпирид	100	400-600	600-1200	6-7	300 – 400
Амисулприд	100	400-600	400-1200	6-7	300 – 400
Клозапин	25-50	300	400-800	12	100 - 400

ДЕПО ПРЕПАРАТИ

	доза	период
Клопиксол - акюфейз	10-50	48 до 72 часа
Депо-флуанксол	10 - 40	10 дни до 4 седм.
Депо-клопиксол	10-100	10 дни до 4 седм.
Депо-флуфеназин	8-25	10 дни до 4 седм.

**ПРИМЕРНА СХЕМА – ПО СТЕПЕН НА ПРЕПОРЪЧЕТЕЛНОСТ С ОГЛЕД
СТРАНИЧНИТЕ ЯВЛЕНИЯ**

За по-кратко лечение

За по-продължително лечение

Клопиксол 10-50 мг/дн *или* **Флупентиксол** 0,25–6 мг /дн *или* **Кветиапин** 25-150 мг/
дн

Тиоридазин 10-150 мг/дн *или* **Сулпирид** 50-300мг/ дн *или* **Рисперидон** 0,5 –
1,5мг/ дн

Пимозид 0,5 – 4мг/дн *или* **Трифлуоперацин** 2,5-5 мг/дн *или* **Оланзапин** 5-10мг/дн

Левомепромазин 12,5-75мг/дн *или* **Халоперидол** 0,3–1,5мг/дн

или

Амисулприд 200мг/дн *или* **Лепонекс** 25-100мг/дн

ТЕРАПИЯ НА ПАЦИЕНТИ С ДЕМЕНЦИЯ С АФЕКТИВНА СИМПТОМАТИКА**

! Дозите на антидепресантите са около 30% от посочените

Активна субстанция	Терапевтична доза (mg/дневно)	Време на полуживот в часове	Потенциални токсични комбинации
Селективни инхибитори на обратното поемане на серотонина (SSRI's, ССРИ)			
<i>Citalopram</i>	10-60	33 (19 - 45)	<i>MAO-I's</i>
Fluoxetin	20-80	168 (72 - 360)	<i>MAO-I's</i>
Fluvoxamin	100-300	20 (17 – 22)	<i>MAO-I's</i>
Paroxetin	20-50	24 (3 – 65)	<i>MAO-I's</i>
Sertralin	50-150		<i>MAO-I's</i>
Нови антидепресанти			
Venlafaxin (SNRI)	150-225	8 (3-13)	<i>MAO-I's</i>
Mirtazapin (NaSSA)	15-90	25 (20-40)	
Reboxetin (NRI)	8	13	<i>MAO-I's</i>
Milnacipran(SNRI)	100	9 (8-10)	<i>MAO-I's, digitoxin</i>
Tianeptine	37,5	2,5	<i>MAO-I's</i>
Трициклични (ТАД), хетероциклични			
Amitriptylin	30-100		<i>Антиаритмични, MAO-II</i>
Clomipramin	75-300	24 (16-40)	<i>Антиаритмични, MAO-II</i>
Imipramin	75-300	24 (16-40)	<i>Антиаритмични, MAO-II</i>
Mianserin	30-90	30 (20-35)	<i>Антиаритмични, MAO-II</i>
Maprotilin	100-225	43 (27-58)	<i>Антиаритмични, MAO-II</i>
Trazodon	150-600	8 (4-14)	<i>Антиаритмични, MAO-II</i>
Ревързиблени инхибитори на MAO-A (RIMA, РИМА)			
Moclobemid	300-600	2 (1-3)	<i>SSRI's</i>
Допълнителни средства мг/ден			
Flupenthixol	0.5-0.7		
Thioridazin	75-300		
Chlorprothixene	25-150		
Quetiapine	75-300		
Olanzapin	5-20		
Clozapin	50-400		
Sulpirid	100-400		
<i>Amisulprid</i>	100-400		
<i>L-Triptophan</i>	1 000-15 000		
Lithium	300-1200		
T3	25 μ g		
Carbamazepin	200-1200*		
Reserpin	0,1-0,5		
<i>Валпроати</i>	1 200-2 000		

**ПРИМЕРНА СХЕМА ПО СТЕПЕН НА ПРЕПОРЪЧИТЕЛНОСТ С ОГЛЕД
ДЕЙСТВИЕНА ПРОФИЛ И СТРАНИЧНИТЕ ЯВЛЕНИЯ**

SSRI'S	Тианептин	Мапротилин	Мианзерин
Трициклични	Тразодон	Ребоксетин	Венлафаксин
МАОИ	Милнаципран	Бупропион	

СТРАТЕГИИ ЗА МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПИЯ

Основен проблем	Избор на терапията за започване
Делир от внезапни соматични проблеми	Конвенционални Антипсихотици
Психози	Антипсихотици, Атипични се предпочитат при дълготрайна терапия
Агресия, гняв	Антипсихотици за кратко приложение Валпроати или Антипсихотици дълготрайна терапия, хидантоинови, β-блокери ?
Безсъние	Тразодон Бензодиазепини, понякога за краткотрайна терапия
Объркване вечерно време	Тразодон От време на време Антипсихотици
	Буспирон за дълготрайна терапия Бензодиазепини, само за краткотрайна терапия
Депресия	Антидепресанти - SSRI's, SNRI,s, тетрациклични
Болки от артрити, когато болкоуспокояващите медикаменти не действат	Трициклични или други антидепресанти (напр.Венлафаксин)