

Изменения аппетита, выбора пищи и пищевого поведения при различных клинических вариантах деменции

Ш.Х. Султанов¹, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой «№3 предметы терапевтического направления» (shohrukh_73@mail.ru)

ORCID: 0000-0001-7364-7196

Н.И. Ходжаева², доктор медицинских наук, профессор кафедры «Психиатрия и наркология» (nazira_48@bk.ru)

ORCID: 0000-0001-5581-6005

Ж.С. Бабаев¹, ассистент кафедры «№3 предметы терапевтического направления» (jumabek.boboev@bk.ru)

ORCID: 0000-0003-4011-3790

Г.Ф. Гопурова¹, кандидат медицинских наук, доцент кафедры «№3 предметы терапевтического направления» (gulchehragopurova@gmail.com)

ORCID: 0000-0001-7968-5732

Х.Ш. Хамидуллаев³, заместитель главного врача по лечебной работе Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ РУз, врач психиатр (xamidullayevhayrulla9@gmail.com)

ORCID: 0009-0000-4509-4256

¹ Ташкентский государственный стоматологический институт (100047, г. Ташкент, улица Таракиёт, 103, Узбекистан);

² Ташкентская медицинская академия (100109, г. Ташкент, ул. Фараби, 2, Узбекистан);

³ Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ РУз (100102, г. Ташкент, Янгихаётский район, улица Софдил, 54А, Узбекистан).

Деменция — это заболевание, которое следует рассматривать как многофакторный процесс [1, 3, 4, 6]. У пациентов с деменцией могут наблюдаться изменения в поведении. К ним относятся бредовые идеи, синдромы ложной идентификации, перепады настроения, агрессивное поведение и нарушения сна. Среди этих изменений отмечены и изменения в пищевых привычках [4]. Пищевое поведение пожилых людей можно рассматривать как сложный процесс, обусловленный физиологическими, патологическими и психологическими факторами. Изменения в режиме питания или пищевом поведении могут быть незаметны при первоначальном обращении к пациентам с деменцией. У пациентов с прогрессирующим заболеванием может наблюдаться сопротивление или безразличие к приему пищи, неспособность правильно принимать пищу, когда она находится во рту (оральная дисфагия), или аспирация при глотании (фарингеальная дисфагия) [4, 5]. Такие поведенческие проблемы воспринимаются родственниками, осуществляющими уход, как тяжелое бремя, поскольку они могут испытывать стресс, депрессию и социальную изоляцию [2]. Цель данной статьи — изучить общие проблемы, связанные с питанием, диетой, режимом кормления и приемом пищи, наблюдаемые при различных клинических вариантах деменции.

Ключевые слова: деменция, фронто-темпоральная деменция, болезнь Альцгеймера, семантическая деменция, расстройство пищевого поведения.

Changes in appetite, food choice, and eating customs in various clinical variants of demension

Sh.Kh. Sultanov¹, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Internal Medicine No. 3 (shohrukh_73@mail.ru)

ORCID: 0000-0001-7364-7196

N.I. Khodjaeva², Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry and Narcology (nazira_48@bk.ru)

ORCID: 0000-0001-5581-6005

J.S. Babaev¹, Assistant of the Department “No. 3 Subjects of the Therapeutic Department” (jumabek.boboev@bk.ru)

ORCID: 0000-0003-4011-3790

G.F. Gopurova¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapeutic Subjects No. 3 (gulchehragopurova@gmail.com)

ORCID: 0000-0001-7968-5732

Kh.Sh. Khamidullaev³, Deputy Chief Physician for Medical Work at the Republican Clinical Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Psychiatrist (xamidullayevhayrulla9@gmail.com)

ORCID: 0009-0000-4509-4256

¹ Tashkent State Dental Institute (103 Tarakkuyot Street, Tashkent, 100047, Uzbekistan);

² Tashkent Medical Academy (2 Farabi Street, Tashkent, 100109, Uzbekistan);

³ Republican Clinical Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (54A Sofdil Street, Yangihaem District, Tashkent, 100102, Uzbekistan).

Dementia is a disease that should be considered as a multifactorial process [1, 3, 4, 6]. In patients with dementia, behavioral disorders can be observed frequently, sometimes at a strange level. These include delusions, misidentification syndromes, mood swings, delusions, aggressive behavior, and sleep disturbances. Among these changes, changes in eating habits were also noted [4]. The eating behavior of the elderly can be considered as a complex process determined by physiological, pathological, and psychological factors. Changes in diet or eating habits may not be noticeable upon initial admission to patients with dementia. As the disease progresses, patients may resist or be indifferent to eating, unable to properly absorb food when it's in the mouth (oral dysphagia) or aspirate when swallowing (pharyngeal dysphagia) [4, 5]. Such behavioral problems are perceived as a heavy burden by family caregivers, as they may experience stress, depression, and social isolation [2]. The purpose of this article is to study the general problems associated with nutrition, diet, nutritional regimen, and food intake observed in various clinical variants of dementia.

Keywords: dementia, frontal-temporal dementia, Alzheimer's disease, semantic dementia, eating disorder.

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день среди пациентов с деменцией проблемы с питанием чаще всего наблюдаются при фронто-темпоральной деменции (ФТД) [4, 6, 7]. Однако это не означает, что в других клинических вариантах деменции проблемы с питанием не возникают. ФТД — это термин, который в настоящее время предпочтительно используется для описания прогрессирующей очаговой атрофии, затрагивающей лобные или передние височные доли, или обе области одновременно, связанной с патологиями, не характерными для болезни Альцгеймера (БА). У пациентов с лобно-височной деменцией может наблюдаться преимущественное поражение лобной области (ФТД с фронтальным вариантом, или фв-ФТД). Клинические исследования показывают, что при фв-ФТД отмечаются изменения поведения, включая снижение торможения, импульсивность, апатию, снижение самообслуживания, изменение настроения, умственную ригидность и стереотипное поведение. Последние исследования выявили высокую распространенность изменений в выборе пищи, аппетите и пищевом поведении при фв-ФТД [6, 8]. Пациенты с височным вариантом лобно-височной деменции, часто называемой семантической деменцией из-за аномии и нарушения понимания, также проявляют поведенческие изменения, включая изменения аппетита и выбора пищи, как это наблюдается при фв-ФТД. При БА, напротив, за исключением анорексии, изменения в пищевых привычках встречаются реже [5, 9, 10].

Несмотря на наличие многочисленных данных об изменениях в насыщении, выборе пищи и пищевых привычках у пациентов с лобно-височной деменцией, систематических исследований, сравнивающих подгруппы лобно-височной деменции или БА и лобно-височную деменцию, проведено крайне мало [7, 12]. Изучение таких изменений имеет как практическое, так и теоретическое значение. С клинической точки зрения, важно отличать БА от лобно-височной деменции, особенно с появлением методов лечения, влияющих на течение заболевания. С теоретической точки зре-

ния, мозговые механизмы, лежащие в основе регуляции аппетита и выбора пищи, недостаточно изучены [6, 8, 11].

Цель исследования. Изучить частоту изменений пищевого поведения при лобно-височной деменции и БА, определить последовательность развития изменений пищевого поведения при лобно-височной деменции и БА, а также установить, характеризуются ли подтипы лобно-височной деменции различными изменениями пищевого поведения.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование проводилось после получения информированного согласия всех пациентов или лиц, осуществляющих уход за ними. В этом исследовании мы использовали недавно разработанный «Опросник аппетита и пищевых привычек» (ОАПП), предназначенный для ухаживающих лиц, с целью изучения изменений пищевого поведения при лобно-височной деменции и БА. Для обследования были отобраны пациенты с диагнозом «Деменция», проходящие лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан. Все пациенты были осмотрены невропатологом, психиатром и клиническим психологом. Всем пациентам было проведено стандартное психиатрическое обследование для исключения основных функциональных психиатрических расстройств, таких как депрессия, мания и шизофрения. Пациенты были оценены с помощью комплексной батареи нейропсихологических тестов, включая краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE) и шкалу оценки клинической деменции (CDR). Всем пациентам была проведена магнитно-резонансная томография (МРТ). Также были исключены пациенты с тяжелой черепно-мозговой травмой и алкоголизмом в анамнезе.

В исследование были включены три группы пациентов: фв-ФТД ($n = 25$), семантическая деменция [СД] ($n = 22$) и БА ($n = 43$). Демографические

Таблица 1

Демографические показатели трех групп пациентов

Группы	фв-ФТД	СД	БА
п	25	22	43
возраст	61,1 ± 6,6	65,1 ± 7,0	68,3 ± 7,7
пол (мужской, женский)	6:19	12:10	20:23
образование (лет)	11,8 ± 2,4	11,4 ± 2,0	12,1 ± 3,5
Степень CDR 0,5;1;2;3	4:10:4:5	5:4:12:4	14:14:12:3
Балл MMSE	20,9 ± 2,4	17,2 ± 4,3	16,6 ± 5,7

БА — болезнь Альцгеймера; CDR — шкала клинической деменции; фв-ФТД — фронто-темпоральная деменция, поведенческий вариант; СД — семантическая деменция.

характеристики групп фв-ФТД, СД и БА обобщены в табл. 1. Все пациенты в группах фв-ФТД и СД соответствовали последним консенсусным критериям лобно-височной лобарной дегенерации.

Все пациенты с фв-ФТД имели анамнез с прогрессирующими изменениями в личности и поведении, при этом наблюдалось как минимум пять из следующих нарушений: утрата понимания, расторможенность или апатия, тревожность, эмоциональная лабильность, рассеянность внимания, снижение эмпатии, импульсивность, социальная отстраненность и пренебрежение личной гигиеной. У всех пациентов на МРТ выявлена атрофия лобной доли или гипоперфузия фронтальной области.

Пациенты с СД демонстрировали прогрессирующую утрату словарного запаса, влияющую на экспрессивную и рецептивную речь при сохранении беглости речи. Все пациенты соответствовали критериям СД: аномия, нарушение понимания отдельных слов и обеднение семантических знаний при относительной сохранности фонологии, синтаксиса, зрительно-пространственных способностей и эпизодической памяти. Во всех случаях структурная визуализация головного мозга с помощью МРТ выявила очаговую атрофию в полярных и нижнелатеральных областях височной доли. В некоторых случаях атрофия была явно двусторонней, в других — значительно асимметричной, хотя и не односторонней.

Диагноз БА был поставлен в соответствии с критериями МКБ-10, и все пациенты обращались с прогрессирующими когнитивными нарушениями, которые преимущественно затрагивали память. МРТ головного мозга показала легкую степень медиальной височной или диффузной атрофии.

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Для оценки пищевого поведения у обследуемых пациентов использовался ОАПП. Данный

опросник состоит из 36 вопросов, изучающих следующие пять областей: проблемы с глотанием, изменение аппетита, предпочтения в еде (включая предпочтение сладких блюд), пищевые привычки (включая стереотипное пищевое поведение и снижение культуры приема пищи) и другие оральные поведенческие особенности (включая переизбыток и нерегулярное питание) (табл. 2).

Также была получена информация от опекуна, хорошо знающего пищевое поведение пациента. Было подчеркнуто, что «симптом» должен отражать не давно существующую черту характера, а значительное изменение по сравнению с состоянием пациента до заболевания. Если опекуны указывают на наличие патологического поведения, им было предложено оценить его частоту (0 — никогда; 1 — иногда, реже одного раза в неделю; 2 — часто, примерно раз в неделю; 3 — очень часто, несколько раз в неделю, но не каждый день; 4 — очень часто, один или более раз в день или постоянно). Было предложено оценить степень тяжести (1 — легкая, легко контролируемая; 2 — средняя, трудно контролируемая; 3 — значительная, смущающая или иным образом беспокоящая семью) и дату начала. Для каждого патологического поведения мы рассчитали произведение частоты и степени тяжести в соответствии с методом, использованным в нейropsychиатрической инвентаризации. Опекунов также попросили оценить количество потерянного или набранного веса по отношению к весу до заболевания.

АНАЛИЗ ДАННЫХ И СТАТИСТИКА

Различия в возрасте, уровне образования, показателе MMSE и CDR между тремя группами были проанализированы с помощью теста Крускала-Уоллиса. Общая частота нарушенного пищевого поведения, частота каждой области и частота каждого нарушенного поведения изучались

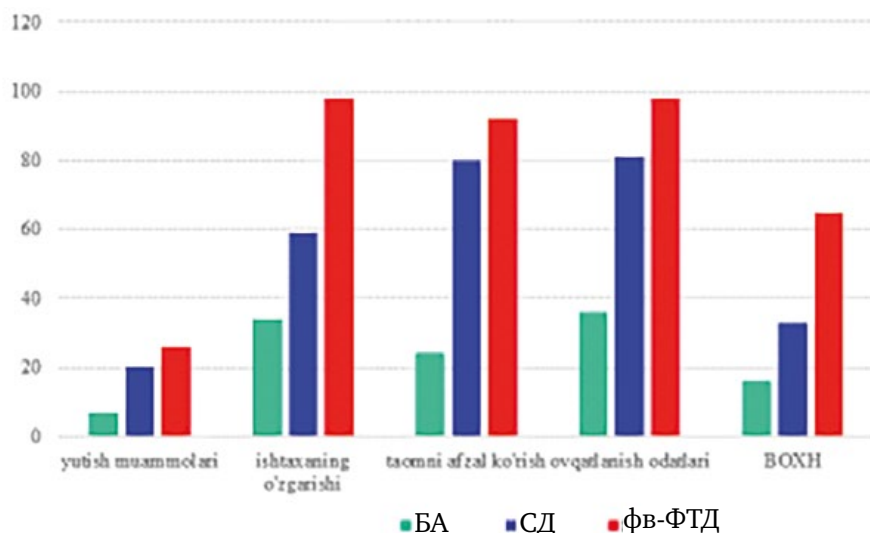


Рисунок 1. Частота каждого домена симптомов в группах лобно-височной деменции поведенческого варианта (фв-ФТД), семантической деменции (СД) и болезни Альцгеймера (БА)

отдельно с помощью теста χ^2 и точного теста Фишера (с поправкой Бонферрони) для пост-хок анализа. Произведение частоты и степени тяжести каждой области анализировалось отдельно с помощью теста Крускала-Уоллиса. Изменения веса также анализировались с помощью теста Крускала-Уоллиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты с БА были старше, чем в группе фв-ФТД ($p < 0,01$). Также были обнаружены различия по MMSE между пациентами с фв-ФТД и пациентами с СД ($p < 0,05$). Пациенты в группе с СД, результаты тестов которых характеризовались глубокой аномией, неожиданно показали худший результат при MMSE. Различий в уровне образования или тяжести деменции по CDR не было обнаружено.

Между группами с лобно-височной деменцией и БА наблюдалась достоверная разница в общей частоте нарушений пищевого поведения ($p < 0,01$ с поправкой Бонферрони). Примечательно, что у 100 % случаев лобно-височной деменции поведенческого варианта (фв-ФТД), 88 % случаев СД и 58,1 % случаев БА наблюдался как минимум один симптом, связанный с питанием. Мы рассмотрели частоту каждого домена в трёх группах, которая определялась как процент от выборки, в которой сообщалось о наличии изменения поведения. Как показано на рис. 1, достоверных различий между фв-ФТД и СД не было ни в одной области, за исключением аппетита ($p < 0,05$). Частота изменений пищевых предпочтений и пищевых при-

вычек была очень высокой в группах фв-ФТД и СД. Статистический анализ подтвердил, что частоты всех доменов, кроме проблем с глотанием, были выше при фв-ФТД, чем при БА ($p < 0,01$). У пациентов с СД наблюдалось больше изменений в пищевых предпочтениях и пищевых привычках, чем у пациентов с БА ($p < 0,01$).

Мы также рассмотрели частоту каждого аномального поведения (табл. 2). Поскольку область изменения аппетита включает в себя факторы, которые повышают аппетит и снижают его, мы проанализировали эти факторы отдельно. Частота повышения аппетита была выше при фв-ФТД, чем при БА ($p < 0,01$). Достоверных различий между тремя группами по потере аппетита не наблюдалось.

Употребление несъедобных веществ встречалось реже во всех группах, но чаще при СД (пять из 22 случаев), чем при фв-ФТД (два из 25 случаев) или БА (ни в одном из 43 случаев) ($p < 0,05$).

В табл. 3 показаны общие баллы (частота $\times$ тяжесть) для каждой области в трёх группах. Групповые различия наблюдались во всех областях, кроме проблем с глотанием. Показатели группы с БА по изменениям аппетита, пищевых предпочтений и пищевых привычек были ниже, чем при фв-ФТД и СД ($p < 0,01$), между последними группами различия не было. При других видах поведения, связанных с ротовой полостью, балл при БА был ниже, чем при фв-ФТД ($p < 0,01$), но не отличался от СД. Прибавка в весе более 7,5 кг выявлена в 30 % случаев фв-ФТД, в 36 % случаев СД и в 7 % случаев БА. Потеря веса более 7,5 кг выявлена в 9 % случаев фв-ФТД, в 8 % случаев СД и в 16 % случаев БА. Достоверных различий

Таблица 2

Частота аномального пищевого поведения при фронтотемпоральной деменции, фронтальном варианте (фв-ФТД), семантической деменции (СД) и болезни Альцгеймера (БА)
Частота (%)

	фв-ФТД	СД	БА	χ^2	p значение
Проблемы с глотанием (А)					
Затруднение глотания пищи	26	20	7	4,8	0,08
Затруднение в глотании жидкостей	13	12	2	3,3	0,2
Кашель или удушье при глотании	30	20	14	2,6	0,3
Требуется длительное время, чтобы проглотить пищу или жидкости	26	16	9	3,3	0,2
Кладёт еду в рот, но не жуёт её	26	8	2	9,6	0,007b
Жуёт еду, но не глотает	13	4	7	1,4	0,5
Изменение аппетита (В)					
Потеря аппетита	30	8	16	4,3	0,1
Повышенный аппетит	61	28	9	20,0	0,000b
Поиск пищи между приемами пищи	57	40	9	17,8	0,000a
Переедание во время еды	48	24	5	17,1	0,000b
Просьба о большей или второй порции	39	20	5	12,4	0,002b
Выражение чувства голода	30	20	9	4,8	0,09
Сообщение о чувстве сильной сытости	9	16	12	0,6	0,8
Другие изменения аппетита, например, переедание	30	32	5	10,6	0,004a
Необходимость ограничения потребления пищи	26	12	2	8,7	0,008b
Предпочтения в еде (С)					
Любит сладкую еду больше, чем раньше	61	68	12	26,9	0,000a
Употребляет больше газированных напитков	43	24	2	17,3	0,000a
Чаще пьет чай/кофе	35	36	7	10,7	0,005a
Изменение "вкуса" пищи (например, потребление большего количества мяса)	39	32	9	9,1	0,01
Добавляет больше специй в еду (например, добавляет больше соли)	30	20	7	6,3	0,04
Появились другие привычки питания	17	28	2	9,6	0,007c
Запасается сладостями или другими продуктами	13	16	2	4,4	0,1
Употребляет больше алкоголя	30	16	2	10,6	0,006b
Привычки питания (D)					
Каждый день хочет готовить или есть одни и те же блюда	26	40	5	13,2	0,001c
Склонность к приему пищи в одном и том же порядке	43	12	5	12,3	0,002b
Хочет есть в одно и то же время каждый день	52	56	9	20,7	0,000a
Снижение культуры питания	61	64	12	24,8	0,000a
Ест руками	17	40	9	9,5	0,007c
Прием пищи занимает много времени	35	24	23	1,1	0,6
Другое оральное поведение (Е)					
Склонность набивать рот	39	28	9	8,5	0,01b
Жует или сосет предметы (например, ручки) без попытки их съесть	26	8	0	12,7	0,001b
Ест несъедобные продукты питания или обычно несъедобные вещи	9	20	0	8,9	0,009c
Склонен хватать любую доступную пищу	30	16	2	10,6	0,006b
Стал заядлым курильщиком или снова начал курить	26	0	5	11,9	0,002d
Эпизоды спонтанной рвоты	9	8	2	1,6	0,6
Эпизоды самопроизвольной рвоты	4	0	0	3,0	0,3
a фв-ФТД > БА и СД > БА					
b фв-ФТД > БА					
c СД > БА					
d фв-ФТД > СД					

Таблица 3

Баллы для каждой области симптомов в трех группах (частота × степень тяжести)

Частота × степень

	БА	СД	фв-ФТД	р
Проблемы с глотанием	4,3	4,1	0,9	NS
Изменение аппетита	18,8	13,4	1,3	<0,01a
Пищевые предпочтения	14,7	19,6	1,1	<0,01a
Пищевые привычки	12,7	17,4	2,6	<0,01a
Другое оральное поведение	7,7	4,3	0,6	<0,01b

в изменении массы тела между тремя группами не наблюдалось ($p = 0,063$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Изменения пищевого поведения значительно чаще наблюдались в обеих группах фронтотемпоральной деменции по сравнению с БА. Однако существенных различий в частоте проблем с глотанием между этими тремя группами не выявлено. За исключением тяжелого курения, между двумя подгруппами лобно-височной деменции не было никакой разницы в аномальном пищевом поведении. Таким образом, можно видеть, что пациенты с фв-ФТД и СД очень похожи в пищевом поведении. Этот вывод согласуется с другими исследованиями, поскольку они также сравнивали эти две группы по широкому спектру поведенческих и психиатрических симптомов. Однако в группах с лобно-височной деменцией могут быть различия в последовательности развития нарушений пищевого поведения. В то время как при СД первым симптомом обычно было изменение выбора пищи, при фв-ФТД изменения в выборе пищи и изменение аппетита были одинаково распространены.

Предыдущие данные по сравнению пищевого поведения в подгруппах с лобно-височной деменцией и БА, с использованием комплексного инструмента, отсутствуют. Даже при БА было проведено лишь небольшое количество исследований, посвященных изменениям пищевого поведения, и данные о пищевых симптомах были противоречивыми. Это, вероятно, отражает использование различных инструментов и групп на разных стадиях заболевания. Наше текущее исследование выявило более высокий процент аномального пищевого поведения как при БА, так и при лобно-височной деменции по сравнению с предыдущими исследованиями. Кроме того, опросник был усовершенствован с помощью шести прототипов с учетом мнений лиц, осуществляющих уход.

Проблемы с глотанием встречались редко во всех группах. При обоих вариантах лобно-височной деменции дисфагия имела тенденцию развиваться на поздней стадии (третий-пятый симптом). При БА у некоторых пациентов дисфагия развивалась на ранней стадии (первый или второй симптом). Это может представлять значительную нагрузку для тех, кто ухаживает за пациентами с БА дома. Предыдущий опрос показал, что треть лиц, осуществляющих уход, обеспокоены проблемами с глотанием.

Изменения аппетита очень часто наблюдались при фв-ФТД. Следует отметить, что у пациентов с фв-ФТД и СД в основном наблюдалось повышение аппетита, в то время как у пациентов с БА преимущественно отмечалась потеря аппетита. Значительное увеличение массы тела наблюдалось более чем у 30 % пациентов с лобно-височной деменцией, но менее чем у 10 % пациентов с БА. Отмечено, что повышение аппетита характерно для фв-ФТД и СД. При БА некоторые исследования выявили, что аппетит обычно снижается, в то время как другие исследования показали его повышение.

Изменение предпочтения сладкой пищи было заметным и ранним признаком в группах с лобно-височной деменцией. Тяга к сладкой пище, особенно при СД, может быть тревожным симптомом для ухаживающих. Проведенные исследования БА показали, что в 5–39 % случаев наблюдалось предпочтение сладкой пищи; 21 % наших пациентов с БА продемонстрировали изменение в выборе пищи, что было значительно меньше, чем распространенность этого симптома при фв-ФТД (91 %) и СД (80 %).

Стереотипное пищевое поведение было широко распространено в обеих группах лобно-височной деменции. По мнению Бозеата и его коллег, только стереотипное поведение, изменения в пищевых предпочтениях, отсутствие сдержанности и низкий уровень социального понимания помогают достоверно отличить группы лобно-височной деменции от БА.

У пациентов с фв-ФТД также относительно часто встречаются другие аномальные формы поведения, связанные с ротовой полостью. Напротив, наиболее часто наблюдаемым симптомом при СД была склонность к употреблению несъедобных предметов. Разница между усилением аппетита и помещением в рот несъедобных предметов указывает на то, что эти два явления могут иметь различные базовые механизмы.

Тяжесть заболевания при различных синдромах является одним из запутывающих факторов, которые могут отличаться. В нашем исследовании, основываясь на результатах MMSE, группа фв-ФТД казалась менее пораженной по сравнению с другими. Однако это различие отражает акцент MMSE на памяти и речи, в то время как проявление данного варианта лобно-височной деменции в основном связано с поведением. Для выравнивания степени тяжести деменции также применялась CDR. Хотя в распределении баллов не было статистически значимой разницы, почти треть случаев БА получила 0,5 балла по CDR, тогда как в случаях фв-ФТД и СД этот показатель составил 17 % и 20 % соответственно. Согласно этому результату, группа с БА, по-видимому, пострадала меньше, чем две другие группы. Мы также рассмотрели этот вопрос путем изучения стадии возникновения отдельных симптомов и обнаружили четкую разницу между синдромами лобно-височной деменции и БА.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши выводы также важны для дифференциации лобно-височной деменции от БА. Изменения пищевого поведения значительно чаще наблюдались в обеих группах лобно-височной деменции по сравнению с БА. Эти изменения в пищевом поведении, вероятно, отражают участие общей нервной сети в обоих типах лобно-височной деменции. Результаты данного исследования предоставляют рекомендации по оценке трудностей с питанием

и их причин. Эти результаты могут быть использованы для определения различных видов трудностей с питанием и мер по устранению их причин (факторов риска).

Литература

1. Ашуров, З. Ш., Прохорова, А. В., Бабаев, Ж. С., & Абдусатторов, Ш. Т. (2018). Клиническое значение ранней диагностики когнитивных нарушений у пожилых пациентов. Журнал теоретической и клинической медицины, (2), 115-118.
2. Бабаев Ж. С., Уралова Д. А. Уход за пациентами с деменцией как фактор риска психических заболеваний у ухаживающих // Современные аспекты профилактики заболеваний. — 2021. — С. 34-35.
3. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, Garcia A, Chow T, Borrie M, et al. Диагностика и лечение деменции: 2. Диагноз. CMAJ 2008;178:825-36.
4. Cipriani G, Carlesi C, Lucetti C, Danti S, Nuti A. Eating Behaviors and Dietary Changes in Patients With Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®. 2016;31(8):706-716. doi:10.1177/1533317516673155
5. ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia — Update 2024. Volkert, Dorothee et al. Clinical Nutrition, Volume 43, Issue 6, 1599 — 1626. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.04.039>
6. Fostinelli, S., et al. "Eating Behavior in Aging and Dementia: The Need for a Comprehensive Assessment." Frontiers in Nutrition 7 (2020): 604488-604488. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.604488>
7. Holm B. Factors associated with nutritional status in a group of people in an early stage of dementia. Clin. Nutr. 2003; 22: 385–389.
8. Hsiao H-C, Chao H-C, Wang J-J. Features of problematic eating behaviors among community-dwelling older adults with dementia: Family caregivers' experience. Geriatr. Nurs. 2013; 34: 361–365 .
9. Orlandoni P. et al. The outcomes of long term home enteral nutrition (HEN) in older patients with severe dementia // Clinical nutrition. — 2019. — Т. 38. — №. 4. — С. 1871-1876. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.07.010>
10. Sun W. et al. Relationship between eating problems and the risk of dementia: A retrospective study // Psychogeriatrics. — 2023. — Т. 23. — №. 6. — С. 1043-1050. <https://doi.org/10.1111/psyg.13028>
11. Unsal P. et al. Prevalence of nutrition disorders and nutrition-related conditions in older patients with Alzheimer's disease // Nutrition in Clinical Practice. — 2023. — Т. 38. — №. 5. — С. 1142-1153. <https://doi.org/10.1002/ncp.1099>
12. Van de Rest O, Berendsen AA, Haveman-Nies A, de Groot LC. Dietary patterns, cognitive decline, and dementia: A systematic review. Adv. Nutr. 2015; 6: 154–168.