

УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА
ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ ДО СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ ЛІКАРІВ –
ІНТЕРНІВ ТА КУРСАНТІВ**

Тема: Профілактика судинних когнітивних порушень

Ужгород - 2015 р.

Методичні рекомендації

для самопідготовки до семінарських занять лікарів-інтернів та курсантів факультета післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету.

Курс: Нервові хвороби

Тема: Профілактика судинних когнітивних порушень

Затверджено на засіданні Вченої Ради факультета післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет» протокол № від березня 201 р.

Автори: к. мед. н., доцент кафедри терапії та

сімейної медицини ФПОДП УжНУ

асистент

Пулик Олександр Романович

Гирявець Мирослава Василівна

Рецензенти:

доктор медичних наук, професор кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії медичного факультету Ужгородського національного університету

Смоланка Володимир Іванович

доктор медичних наук, професор, завідувач курсу неврології, кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії медичного факультету Ужгородського національного університету

Булеца Богдан Антонович

Список скорочень

- АГ – артеріальна гіпертензія
АТ – артеріальний тиск
ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу
ІХС – ішемічна хвороба серця
КВП – когнітивні викликані потенціали
КЗ – когнітивне зниження
КП – когнітивні порушення
КПСГ – когнітивні порушення судинного генезу
КТ – комп'ютерна томографія
КФ – когнітивні функції
МІ – мозковий інсульт
МРТ – магнітно – резонансна томографія
ПД – Післяінсультна деменція
ПКН – післяінсультна когнітивна неспроможність
ППКП – помірні післяінсультні когнітивні порушення
ПСР – порушення серцевого ритму
СКП – судинні когнітивні порушення
СМЗ – судинно-мозкові захворювання
Таблиці Шульте – експериментально психологічне завдання по заповненню таблиць Шульте
Тест годинника – тест малювання годинника
ТІА – транзиторна ішемічна атака
ЦД – цукровий діабет
ЧР – чинники ризику
ХА – хвороба Альцгеймера
10 слів Лурія – тест запам'ятовування 10 слів О.Р.Лурія
FAB – батарея тестів лобової дисфункції
GSD – геронтологічна шкала депресії
MMSE – коротка шкала психічного статусу

Зміст

Список скорочень	3
Зміст	4
Вступ	5
1. Деменція	5
2. Судинні когнітивні порушення	6
3. Післяінсультна когнітивна неспроможність	8
4. Комплексна програма профілактики судинних когнітивних порушень	9
4.1. Виявлення післяінсультних когнітивних порушень	10
4.1.1. Перелік заходів першої частини програми	12
4.1.2. Алгоритм діагностики післяінсультної когнітивної неспроможності	12
4.2. Формування диспансерних груп спостереження	13
4.2.1. Перелік заходів другої частини програми	14
4.2.2. Алгоритм формування диспансерних груп	14
4.3. Медикаментозні та немедикаментозні методи профілактики	15
4.3.1. Перелік заходів третьої частини програми	17
4.3.2. Алгоритм медикаментозної та немедикаментозної корекції післяінсультної когнітивної неспроможності	18
5. Висновки та практичні рекомендації	20
Рекомендована література	22
Додатки	24

Вступ

Захворюваність на мозковий інсульт (МІ) в м. Ужгороді протягом останньої декади ХХ та першої декади ХХІ століть, не зважаючи на низку заходів по його первинній та вторинній профілактиці, з року в рік зростає. Ріст захворюваності відбувається не лише за рахунок загального постаріння населення, а також за рахунок “помолодшання” інсультів: кожен четвертий мозковий інсульт в м.Ужгороді виявляється у осіб працездатного віку. Подібна ситуація спостерігається і в цілому по Україні, де частота інсультів у осіб працездатного віку ще вища: кожен третій МІ в Україні реєструється у осіб працездатного віку. Дослідження якості життя, проведене у пацієнтів, що перенесли МІ, виявило зниження його показників не лише, як загально прийнято, через фізичний недолік, але і через психічні порушення. Проведені дослідження підтвердили високу роль МІ в розвитку післяінсультної когнітивної неспроможності (ПНКН) і показали, що у 78,3%–81,6% пацієнтів після перенесеного інсульту виявляються когнітивні порушення (КП) різного ступеню вираженості.

1. Деменція

Найчастішою причиною деменції є хвороба Альцгеймера (ХА) та судинні когнітивні порушення (СКП). В популяції населення старше 65 року життя ХА є причиною 50–60% діагностованих випадків деменції. Ранніми ознаками ХА є неуважність, важкість при зосередженні, порушення орієнтації в просторі, різке зниження пам'яті та складність при абстрагуванні. На пізніх стадіях хвороби у пацієнтів виявляють порушення мови аж до німоти та аутизму. Крім ХА до деменції можуть призвести і інші хвороби, що характеризуються дегенеративними змінами головного мозку. Серед них провідне місце займає деменція з тільцями Леві (ДТЛ) та лобово-скронева деменція (ЛСД).

Проявами ДТЛ є зниження когнітивних функцій та ознаки паркінсонізму. Характерними для ДТЛ є порушення просторового бачення, для яких притаманні добре сформовані зорові галюцинації

Третім за частотою дегенеративним захворюванням головного мозку, що супроводжуються деменцією, є лобово-скронева деменція. Виділяють до 15 синдромів лобово-скроневої деменції. Один із них давно відомий – це хвороба Піка. Для пацієнтів з ЛСД типовим є зміна поведінки та емоційного стану у вигляді апатії, втрата попередніх зацікавленостей та відхід від товариства. На самому початку захворювання відмічається зниження так званих виконавчих функцій, відповідальних за складні психічні дії, в основі яких лежить планування, ініціатива, мислення, переміна діяльності, абстрагування, використання зворотної інформації. Це захворювання відноситься до пресенильних захворювань і виявляється частіше до 65 року життя.

2. Судинні когнітивні порушення

Причинами прогресуючої деменції у осіб старшої вікової групи можуть бути не лише дегенеративні захворювання головного мозку, але й недостатній мозковий кровообіг, викликаний судинними захворюваннями, хворобами великих та малих судин, цукровим діабетом. Всі вони об'єднуються однією назвою – судинні когнітивні порушення.

Судинні когнітивні порушення є гетерогенним захворюванням, причиною якого можуть бути різні форми судинно-мозкових захворювань (СМЗ). Найчастішими етіологічними чинниками судинних когнітивних порушень є:

1. Ішемічні інсульти (тромботичний, емболічний, лакунарний);
2. Внутрішньомозкові геморагії (артеріальна гіпертензія, амілоїдна ангіопатія);
3. Субарахноїдальні геморагії;
4. Повторна емболізація внаслідок кардіальної патології (ендокардит, міксома передсердь, фібриляція передсердь тощо);
5. Аутоімунні васкуліти (системний червоний вовчак, ерітематоз тощо);
6. Інфекційні васкуліти (нейросифіліс, хвороба Лайма тощо);
7. Неспецифічні васкулопатії.

Інсульт та деменція мають багато спільних рис і вражають переважно літніх осіб. Деменція, згідно визначення, що приводиться в МКХ-10, це синдром, при якому спостерігаються порушення низки вищих коркових функцій, які обіймають пам'ять, мислення, орієнтацію, розуміння, рахунок, здатність до навчання, мову та судження. Для встановлення діагнозу «деменція» використовуються рекомендації Американського психіатричного товариства (DSM-IV) або критерії ВООЗ.

Згідно критеріїв DSM-IV у хворого з діагностованою деменцією, повинні спостерігатися наступні ознаки:

- зниження як короткотривалої так і довготривалої пам'яті, а також
- присутність хоча б одного з нижченаведених симптомів: афазія, апраксія, агнозія, або зниження виконавчих функцій, таких як абстрактне мислення, планування, гальмування небажаних дій.

Вищеописані симптоми повинні супроводжуватися зниженням щоденної соціальної та професійної активності хворих зі зниженням функціональної активності в порівнянні з часом перед хворобою. Не рекомендується досліджувати пізнавальні функції у хворих з розладом свідомості (делірій) та при психічних розладах – депресії.

Для виявлення СКП використовують нейропсихологічні тести. Нейропсихологічне тестування вже на початкових етапах когнітивного дефіциту може допомогти відрізнити ХА від лобово-скроневої деменції, судинної деменції та деменції з тільцями Леві. Клініко-нейропсихологічне тестування має особливі ознаки при СКП. Розрізняють швидкий скринінговий метод оцінки когнітивних функцій, яким повинен володіти кожен лікар, а також спеціальні, чітко скеровані на виявлення уражених когнітивних домен – батареї тестів.

В дослідженні когнітивних функцій при СМЗ широко використовують скринінговий тест, коротку шкалу для дослідження психічного статусу (англ. Mini Mental Stat Examination – MMSE), субтести якої дозволяють оцінити стан таких функцій як орієнтація в просторі та часі, стан сприйняття та пам'яті,

функції мови, гнозису та праксису. З метою тестування виконавчих функцій широко використовується батарея тестів для виявлення лобової дисфункції (англ. Frontal Assessment Battery – FAB). Для оцінки уваги та швидкості її переключення застосовують спеціальне експериментально-психологічне дослідження з використанням таблиць Шульте. Для дослідження пам'яті використовується багато різноманітних тестів, але одним з найбільш інформативних та простих у використанні вважається тест на запам'ятовування 10 слів за методикою О.Р. Лурія. Для виявлення зорово-просторових порушень у хворих з СКП використовують тест малювання годинника (англ. Clock drawing test – CDT). Афективні порушення виявляють за допомогою тестів на виявлення прихованої депресії. В клінічній практиці добре себе зарекомендувала геріатрична шкала депресії (англ. Geriatric Depression Scale – GDS).

3. ПКН включає всі види когнітивних порушень, виявлені у хворого після перенесеного МІ, незалежно від їх імовірної причини. Епізоди ПКН (після явних клінічно чи «німих» інфарктів) у 80%–90% випадків є причиною СКП, вони є причиною характерного східцеподібного когнітивного зниження. ПКН має змінний характер і може відновлюватися. Тривалість цього процесу у різних авторів має різне часове окреслення. Одні автори пропонують обмежити післяінсультний період роком, інші вказують на термін до 3 чи 5 років. Ми пропонуємо використовувати термін ПКН до того часу, поки можна відстежити відновлення бодай в одній з домен когнітивного статусу. Для динамічного спостереження за пацієнтами з ПКН пропонуємо використовувати низку нейропсихологічних тестів, підсумовувати їх результати після кожного дослідження та за характером змін оцінювати ефективність реабілітаційних заходів і відповідно, тривалість періоду ПКН.

Встановлено, що швидкому розвитку післяінсультної когнітивної неспроможності сприяють та негативно впливають на її відновлення низка чинників ризику мозкового інсульту. До них належать: перенесені в анамнезі гострі порушення мозкового кровообігу, ішемічна хвороба серця, порушення

серцевого ритму, гіпертонічна хвороба з високим систолічним тиском, надмірне вживання алкоголю та нічне апное. Дозована фізична активність, навпаки, – сповільнює її розвиток.

4. Програма профілактики судинних когнітивних порушень

При створенні програми ми сформулювали головні стратегії профілактики післяінсультної деменції. Перша з них полягає на тому, що розвиток когнітивної неспроможності можливий у всіх пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту, друга, відповідно, зобов'язує до рутинного дослідження когнітивних функцій у всіх пацієнтів, що допоможе виявити когнітивну неспроможність вже на ранніх стадіях. Третя стратегія – це усвідомлення лікарями, які займаються реабілітацією пацієнтів після перенесеного інсульту, що ПКН має мінливий характер і, завдяки своїй гетерогенності, може відновлюватися. Наступна стратегія – це обов'язкова переконаність лікарів, медичного персоналу, родичів і близьких хворого в тому, що їх активна допомога в когнітивній реабілітації після інсульту допоможе відстрочити розвиток післяінсультної деменції.

Комплексна програма заходів складається з трьох частин. Перша частина програми обіймає заходи з виявлення ПКН. Друга частина програми – це організаційні заходи по спостереженню за пацієнтами з ПКП після їх виписки. В ній представлені критерії формування диспансерних груп. Третя частина програми представляє медикаментозні та немедикаментозні заходи, які можна використати для диференційованої терапії ПКН залежно від їх виразності та наявних прогностичних чинників розвитку СКП.

4.1. Виявлення післяінсультної когнітивної неспроможності

Метою першої частини програми є виявлення пацієнтів з ознаками ПКН, встановлення ступеня когнітивного зниження, визначення профілю когнітивного зниження та оформлення карт динамічного спостереження за пацієнтами. Клінічний огляд та нейровізуалізаційне обстеження (КТ чи МРТ) перед випискою пацієнта дозволяють оцінити зону та масштаби ураження головного мозку, а також основні судинні чинники ризику. На цьому етапі

важливим є опитування родичів та близьких про масштаб когнітивного зниження у пацієнта, що переніс інсульт. Для об'єктивізації даних та з метою використання останніх при динамічному спостереженні за змінами виразності ПКН, слід використовувати опитувач інформатора (родича чи близької людини пацієнта) про когнітивне зниження (IQCODE). Опитувач побудований так, що інформатор повинен відповісти на 26 запитань про стан когнітивних функцій пацієнта. На кожне запитання про стан когнітивних функцій можливі 5 відповідей, які оцінюються в балах. Відповідь «значно покращилися» оцінюється в один бал, «дещо покращилися» в 2 бали, «не змінилися» – 3 бали, «дещо погіршилися» – 4 бали, «значно погіршилися» – 5 балів. При отриманні результату в 78 балів ми можемо сподіватися, що когнітивні функції пацієнта після перенесеного мозкового інсульту не змінилися у порівнянні до його стану перед мозковим інсультом. Якщо сума балів більша, то це може свідчити про наявність ПКН. Використання цього опитувача зручне при спостереженні за змінами КФ: якщо сума балів зростає, використовується терапія недостатня, якщо зменшується – терапевтичний курс вибрано правильно.

ПКН має гетерогенний характер і когнітивне зниження можливе в різних доменах. Ми рекомендуємо для її діагностики використовувати батареї нейропсихологічних тестів. Для скринінгу КФ рекомендуємо використання короткої шкали оцінки психічного статусу – MMSE. Одночасно слід використовувати інші тести, метою яких є виявлення уражень в окремих доменах. Враховуючи те, що для КПСГ характерним є ураження лобових часток зі значним порушенням виконавчих функцій, ми пропонуємо використання батареї тестів для оцінки лобової дисфункції – FAB. Для дослідження розумової працездатності та рівня уваги нами пропонується використання спеціального експериментально-психологічного дослідження з використанням таблиць Шульте. Для дослідження вербальної пам'яті та виявлення порушень короткострокової пам'яті, пропонуємо використання тесту на запам'ятовування 10 слів за методикою О.Р. Лурія, а саме – кількості відтворених слів при першому відтворенні. Тест малювання годинника дає

можливість одночасно провести тестування лобової та потиличної часток, та виявити ознаки порушення зорово-просторового сприйняття.

Для динамічного спостереження за характером змін когнітивних функцій, протягом відновного періоду, та їх кількісної оцінки, рекомендуємо використовувати суму балів всіх зазначених тестів. Її зростання може свідчити про добре підбрану схему для корекції когнітивних функцій, відсутність змін чи зниження – про низьку ефективність терапевтичних заходів по відновленню когнітивних функцій, або закінчення післяінсультного періоду відновлення когнітивних функцій.

Для об'єктивізації даних дослідження когнітивного статусу рекомендуємо дослідження біоелектричної активності головного мозку з визначенням відносної потужності спектрів окремих ритмів та спектральних коефіцієнтів альфа/тета, альфа/дельта, альфа/(тета+дельта) та (альфа+бета)/(тета+дельта) ритмів. Встановлено, що зростання спектрального коефіцієнта свідчить про ефективність терапії когнітивних функцій, зниження – про погіршення когнітивних функцій. Ефективним інструментальним методом є використання когнітивних викликаних потенціалів з дослідженням латенцій та амплітудних співвідношень. Зменшення латенції хвилі P300 свідчить про ефективність відновної терапії, відсутність змін – про її неефективність.

Після завершення програми заходів, передбачених в першій частині, слід провести аналіз отриманих результатів за оціночною шкалою В. Хачинського. Результат 7 балів свідчить про те, що у пацієнта вірогідно мають місце КПСГ, чотири і менше балів – не підтверджують судинну етіологію когнітивного зниження. Для виключення псевдодеменції, викликаної значним емоційним розладом, рекомендуємо використовувати геріатричну шкалу депресій.

4.1.1. Перелік заходів першої частини програми.

1. Клінічний огляд, нейровізуалізаційне обстеження (КТ чи МРТ) та виявлення чинників ризику виникнення МІ.
2. Опитування родичів та близьких пацієнта про когнітивне зниження перед захворюванням (заповнення близькими пацієнта опитувача).

3. Нейропсихологічне тестування з використанням шкал:
 - 3.1. Коротка шкала психічного статусу – MMSE.
 - 3.2. Батарей тестів лобної дисфункції – FAB.
 - 3.3. Спеціальне експериментально-психологічне дослідження з використанням таблиць Шульте.
 - 3.4. Тест на запам'ятовування 10 слів за методикою О.Р. Лурія.
 - 3.5. Тест малювання годинника.
4. Дослідження біоелектричної активності головного мозку та КВП Р300.
5. Оцінка за шкалою В. Хачинського.
6. Дослідження емоційного стану (геріатрична шкала депресії – GDS).

4.1.2. Алгоритм діагностики післяінсультної когнітивної неспроможності

Виявлення ПКН проводиться під час знаходження пацієнта в неврологічному стаціонарі (stroke unit) шляхом кількох послідовних кроків. Перший крок – це підтвердження діагнозу мозковий інсульт: клінічно та нейровізуалізаційно (КТ чи МРТ), а також виявлення всіх можливих чинників ризику виникнення мозкового інсульту (АГ, ЦД, кардіальна дисфункція, перенесені в анамнезі ГПМК, гіперхолестеринемія, паління, зловживання алкоголем, нічне апное, низька фізична активність, емоційні перевантаження). Другий крок – це опитування родичів та близьких пацієнта про його КЗ по відношенню до періоду перед захворюванням, нейропсихологічне тестування та інструментальні методи дослідження: кількісне ЕЕГ та КВП Р300. Обов'язковим на цьому етапі є виявлення афективних порушень для виключення псевдодементних розладів. Підсумовуючи результати другого кроку, робимо висновок про ступінь зниження когнітивних функцій у пацієнта. Третій крок – це оцінка післяінсультних когнітивних порушень за шкалою В. Хачинського та підтвердження чи спростування їх судинного генезу.



Рис. 1. Алгоритм діагностики післяінсультної когнітивної неспроможності

4.2. Формування диспансерних груп спостереження

Метою другої частини стратегічної програми по превенції судинної деменції у пацієнтів, що перенесли мозковий інсульт, є якомога ширше охоплення пацієнтів з післяінсультними когнітивними порушеннями медичною опікою. Для цього рекомендуємо створення груп диспансерного нагляду за пацієнтами з загальним, помірним та високим ризиком розвитку у них післяінсультної деменції. Пацієнти з виявленими помірними післяінсультними когнітивними порушеннями (ППКП) включаються в групу загального ризику розвитку ПД. Пацієнти з ознаками ППКП та наявними прогностичними чинниками швидкої трансформації ППКП в деменцію включаються в групу помірному ризику розвитку деменції. До прогностичних чинників швидкої трансформації ППКП в деменцію слід відносити кардіальну дисфункцію, високий систолічний артеріальний тиск, перенесені в минулому ГПМК та ознаки нічного апное. Пацієнтів з ознаками виражених ППКП включаємо в групу високого ризику.

Попередні дослідження показали, що ППКП протягом всього відновного періоду мають тенденцію до відновлення. Враховуючи це спостереження, пропонуємо протягом всього часу диспансерного нагляду за пацієнтами з

ППКП для уточнення стану КФ та перевірки ефективності їх корекції, проводити повторні нейропсихологічні тестування та інструментальні методи дослідження, описані в першій частині програми. Пацієнтам групи з загальним ризиком розвитку ПД діагностичне тестування рекомендуємо проводити два рази на рік (кожні 6 місяців), а пацієнтам помірною та високою ризику – чотири рази на рік (кожні три місяці) .

4.2.1. Перелік заходів другої частини програми

1. Відбір пацієнтів в групи ризику розвитку ПД

1.1. Група загального ризику:

1.1.1. Пацієнти з помірними післяінсультними когнітивними порушеннями.

1.2. Група помірною ризику.

1.2.1. Пацієнти з помірними післяінсультними когнітивними порушеннями та наявними прогностичними чинниками швидкої трансформації когнітивних порушень в деменцію.

1.2.1.1. Пацієнти з гострим порушенням мозкового кровообігу в анамнезі.

1.2.1.2. Пацієнти з високим систолічним артеріальним тиском.

1.2.1.3. Пацієнти з кардіальною дисфункцією.

1.2.1.4. Пацієнти з нічним апное.

1.3. Група високою ризику.

1.3.1. Пацієнти з вираженими ППКП.

4.2.2. Алгоритм формування диспансерних груп

Формування диспансерних груп відбувається після виписки пацієнтів з неврологічного стаціонару (stroke unit). Пацієнти, в яких при виписці зі стаціонару виявлені ППКП і в них відсутні провокуючі чинники, включаються в групу загального ризику. Повторне дослідження когнітивних функцій у пацієнтів цієї групи проводять через 6 місяців (рис. 2).

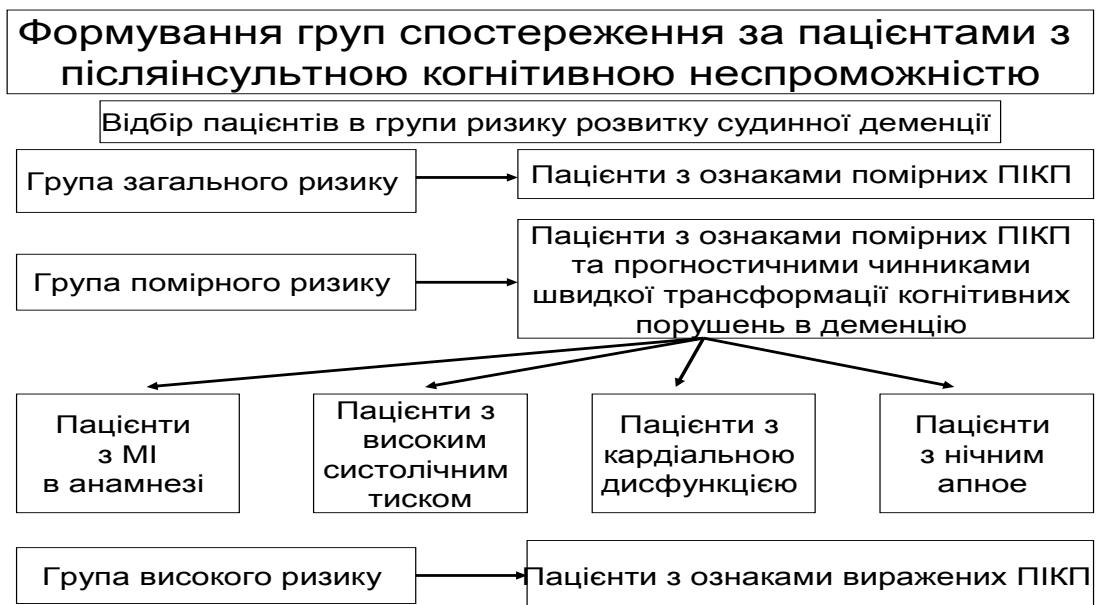


Рис. 2. Правила формування диспансерних груп

Пацієнти, в яких при виписці зі стаціонару виявлені ППІКП та наявні провокуючі судинні чинники, що можуть призвести до їх швидкої трансформації в ПІД: перенесені в анамнезі ГПМК, високий систолічний артеріальний тиск, кардіальна дисфункція, нічне апное, включаються в групу помірнього ризику. Дослідження КФ у пацієнтів цієї групи проводиться кожні три місяці за схемою, вказаною в першій частині програми. Пацієнти, в яких при виписці зі стаціонару виявлено виражені ПІКП включаються в групу високого ризику. Пацієнтам цієї групи повторне дослідження КФ проводиться кожні 3 місяці.

4.3. Медикаментозні та немедикаментозні методи профілактики судинних когнітивних порушень

Третя частина програми має на меті попередження подальшого ураження головного мозку, відновлення втрачених КФ та стабілізацію когнітивного статусу, побутової та соціальної адаптації, шляхом підбору ефективних методів медикаментозної та немедикаментозної терапії, протягом всього відновного періоду МІ.

Для первинної профілактики повторних мозкових катастроф та попередження подальшого ураження головного мозку слід використовувати

рекомендації вже прийнятих протоколів ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічним інсультом. Дотримання цих рекомендацій пацієнтами з ПМКП дозволить нормалізувати в них артеріальний тиск та підібрати антитромботичну терапію пацієнтам з перенесеним ішемічним інсультом, допомогти в нормалізації обміну ліпопротеїдів.

Стратегія реабілітаційної терапії пацієнтів з ознаками ПМКН повинна базуватись на диференційованому підході до використання окремих препаратів і методів, які слід застосовувати комплексно та тривало. В цей час слід сприяти природному відновленню психічних функцій у пацієнта, проводити відновлювальні тренування окремих КФ та практичних навичок, вчити пацієнта компенсувати дефіцит окремих когнітивних функцій та використовувати зовнішні компенсаторні прилади чи сторонню допомогу.

Пацієнтам з групи загального ризику розвитку післяінсультної деменції слід чітко дотримуватися рекомендацій щодо заходів первинної профілактики повторного інсульту. В групі пацієнтів помірною ризику розвитку ПД, до заходів первинної профілактики повторного МІ слід залучати препарати нейропротекційної дії, які вони повинні використовувати курсами – кожні три місяці, а також препарати ноотропної дії цільового скерування, фізіотерапевтичні заходи. Дуже важливим у пацієнтів з ПМКН є зміна способу життя: відмова від куріння, дозована рухова активність, збалансована дієта. Пацієнти з нічним апное повинні направлятися у спеціалізовані центри.

В групі пацієнтів високого ризику розвитку ПД одночасно з проведенням заходів первинної профілактики повторного МІ слід застосовувати препарати базисної терапії деменції – інгібітори холінестерази та модулятори глутаматергічної передачі, які слід призначати тривалими курсами, доповнювати їх дію включенням в терапію препарати ноотропної дії та фізіотерапевтичні процедури.

Для корекції АТ, за рекомендаціями фахівців, у пацієнтів, що перенесли МІ та з метою запобігання судинної деменції рекомендованими є препарати блокатори рецепторів ангіотензину II: лазартан та валсартан. Для

антитромботичної терапії рекомендовані є препарати ацетилсаліцилової кислоти. З метою нормалізації ліпідного обміну препаратами вибору є аторвастатин та нормалізація дієти.

Для корекції ПМКП, пов'язаних з порушенням сприйняття, уваги та пам'яті, перспективним є призначення препарату прамірацетаму в терапевтичній дозі тривалістю до трьох місяців. Враховуючи антидепресивний ефект, який має прамірацетам, його слід призначати пацієнтам з ПМКН та ознаками легкої депресії (6–9 балів за шкалою GDS). При переважному зниженні уваги та пам'яті рекомендується використання препарату фенібут, курсами в терапевтичній дозі від двох до трьох місяців. З метою нейропротекції можна використовувати розчин церебролізину: 10 мл на 200 мл фізіологічного розчину в/в крап. №10 курсами кожні три місяці або цитіколін 1000 мг/добу перорально чи парентерально курсами №10, кожні три місяці.

З інгібіторів холінестерази препаратом вибору є донепезил, а з модуляторів глутаматних рецепторів – мемантин. Хороші результати по відновленню когнітивних функцій, таких як пам'ять, увага та концептуалізація нами досягнуто завдяки методу транскраніальної магнітної стимуляції з використанням магнітного поля малої інтенсивності курсами по 20 процедур кожні три місяці.

4.3.1. Перелік заходів третьої частини програми

1. Заходи по профілактиці повторного МІ

1.1. Боротьба з артеріальною гіпертензією.

1.2. Регуляція ліпідного обміну: аторвастатин; регуляція дієти.

1.3. Антиагрегантна терапія: ацетилсаліцилова кислота, клопідогрель.

2. Корекція ПМКП

2.1. Медикаментозна корекція:

2.1.2. Призначення інгібіторів холінестерази та блокаторів NMDA рецепторів: донепезил, мемантин;

2.1.3. Призначення ноотропних препаратів: прамірацетам, фенібут;

2.1.4. Призначення нейропротекторної терапії: церебролізін, цитіколін.

2.2. Немедикаментозна корекція:

2.2.1. Полісенсорна стимуляція (музикотерапія, світлотерапія, ароматерапія, транскраніальна магнітна стимуляція);

2.2.2. Активація втрачених когнітивних функцій (залучення психолога):

2.2.3. Зміна способу життя.

2.2.3.1. Відмова від паління.

2.2.3.2. Дозована рухова активність.

4.3.2. Алгоритм медикаментозної та немедикаментозної корекції післяінсультних когнітивних порушень

Всім пацієнтам, що перенесли інсульт, слід проводити заходи первинної профілактики повторного гострого порушення мозкового кровообігу. Незважаючи на розподіл за групами диспансерного спостереження, всім пацієнтам, що мають ознаки артеріальної гіпертензії, призначати гіпотензивні препарати. Враховуючи дані про ефективність блокаторів рецепторів ангіотензину II по зниженню ризику розвитку хвороби Альцгеймера та деменції, препаратами вибору у пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту можуть бути сартани: валсартан чи лазартан. Пацієнтам з перенесеним ішемічним інсультом слід обов'язково призначати антитромбоцитарну терапію: ацетилсаліцилова кислота, клопідогрель. Для регуляції ліпідного обміну та з метою профілактики повторного гострого порушення мозкового кровообігу пацієнтам призначають статини: аторвастатин та здійснюють рекомендації по регуляції дієти (рис. 3).



Рис. 8.3. Алгоритм медикаментозної та немедикаментозної корекції післяінсультних когнітивних порушень

Для корекції післяінсультних когнітивних порушень в групі загального ризику можна використати ноотропні препарати: прамірацетам, фенібут, серміон курсами по два – три місяці раз у шість місяців. У групі помірному ризику рекомендовано проводити курсове лікування та використовувати ноотропні препарати, а також залучати препарати нейропротекторної дії: церебролізін чи цитіколін курсами №10 кожні 3 місяці. В групі пацієнтів з високим ризиком розвитку деменції для корекції когнітивних порушень можна включити курсове лікування з використанням інгібіторів холінестерази: донепезил, чи блокатора NMDA-рецепторів: мемантин, препаратів нейропротекторної дії: церебролізін чи цитіколін курсами №10 кожні 3 місяці.

Для полісенсорної стимуляції при корекції ППКП у програму лікування пацієнтів можна включати фізіотерапевтичні процедури: транскраніальну магнітну стимуляцію з використанням магнітного поля слабой індукції, музикотерапію та ароматерапію.

5. Висновки та практичні рекомендації

1. Чотири з п'яти пацієнтів, що перенесли мозковий інсульт, мають ознаки когнітивного зниження різного ступеню виразності. Враховуючи спільність чинників розвитку мозкового інсульту та післяінсультних когнітивних порушень, заходи по профілактиці повторного інсульту можуть зменшити частоту післяінсультної деменції.
2. Післяінсультні когнітивні порушення мають змінний характер і вчасно розпочата терапія, направлена на покращення метаболізму головного мозку, може сприяти відновленню втрачених функцій.
3. Програму заходів по профілактиці судинної деменції у пацієнтів з післяінсультними когнітивними порушеннями слід розпочинати якомога швидше, не очікуючи відновлення неврологічних функцій, а при виявленні у хворих чинників швидкої трансформації ПКП в деменцію, слід використовувати агресивну тактику – оцінку ступеню виразності когнітивного дефіциту проводити в динаміці.

Практичні рекомендації

1. При проведенні нейропсихологічного дослідження бажано використовувати не менше чотирьох тестів. Рекомендованими є коротка шкала психічного статусу, батарея тестів для діагностики лобової дисфункції, спеціальне експериментально-психологічне дослідження з використанням таблиць Шульте, тест 10 слів за методикою О.Р. Лурія та тест малювання годинника.
2. Простим і зручним способом визначення ефективності корекції ПКП є спостереження за сумою результатів тестів – її зростання свідчить про правильно підібрану терапію, відсутність росту – про неефективність когнітивної реабілітації.
3. Розвиток довільної уваги, у пацієнтів з післяінсультними когнітивними порушеннями, впливає на відновлення інших когнітивних функцій та

пам'яті зокрема. При плануванні індивідуальної програми рухової реабілітації слід використовувати полісенсорну стимуляцію.

4. Прискорюючи відновлення рухової активності ми тим самим прискорюємо відновлення когнітивних функцій.
5. Обов'язковим, під час реабілітаційного лікування пацієнтів з післяінсультною когнітивною неспроможністю, є нормалізація способу життя, яке полягає на відмові від шкідливих звичок, обмеженні тваринних жирів та побудові щоденного режиму так, щоби мала місце регулярна дозованна фізична активність.

Рекомендована література

1. Бачинская Н.Ю. Синдром умеренных когнитивных нарушений / Н.Ю.Бачинская // *НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия.* – 2010. – № 2(1). – С.12–17.
2. Волошина Н. П. Дементирующие процессы головного мозга /Н.П. Волошина. – Харьков: Основа, 1997. – 28с.
3. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике /О.С.Левин.–М.:МЕДпрес–информ, 2010. – 256с.
4. Мищенко Т.С. Сосудистая деменция / Т.С. Мищенко, В.Н. Мищенко // *НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия.* – 2011. – №2/1. – С. 32–34.
5. Московко С.П. Оцінка когнітивної дисфункції у пацієнтів із різними формами гострої серцево-судинної патології / С.П. Московко, С.М. Стаднік // *Міжн.неврол.журнал.* – 2012. –№2(48). – С. 142 – 145.
6. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії / [С.П. Свіщенко А.Є. Багрій, Л.М. Єна та ін.]. – К., 2008. – 55 с.
7. Сіренко Ю.М. Гіпертонічна хвороба і артеріальна гіпертензія / Ю.М.Сіренко. – Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2011. – 304с.
8. Фармакологическое лечение деменций / Резюме систематического обзора Агенства по исследованиям медицинской помощи и качества жизни (AHRQ) Центра доказательной медицинской практики университета МакМастера // *НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия.* – 2007. – №3(4). – С. 67–76.
9. Шнайдер Н.А. Профилактика и лечение когнитивных нарушений у больных артериальной гипертензией / Н.А.Шнайдер, М.М.Петрова // *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия.* –2007.– №4(05).–С.63–67.
10. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике / Н.Н. Яхно // *Неврологический журнал.* – 2006. – Т.11, прил.1. – С. 4–12.
11. Vosti C. Management of dementia with a cerebrovascular component / C. Vosti, S. Black, C. Frank // *Alzheimers. Dement.* – 2007. – Vol.3. – P. 398–403.

12. Bowler J.V. Modern concept of vascular cognitive impairment / J.V. Bowler // *Br. med. Bull.* – 2007. – V. 83. – P. 291–305.
13. Del Ser T. Alzheimer's disease with and without cerebral infarcts / T. Del Ser, V. Hachinski, H. Merskey [et al.] // *J Neurol Sci.* – 2005. – Vol. 231. – P. 3–11.
14. Erkinjuntti T. The concept of vascular cognitive impairment / T. Erkinjuntti, S. Gauthier // *Front. Neurol. Neurosci.* – 2009. – V. 24. – P. 79–85.
15. Gorelick P.B. Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia / P.B. Gorelick, A. Seuteri, E. Sander [et al.] // *Stroke.* – 2011. – Vol. 42(9). – P. 2672–2713.

**Ішемічна шкала Хачинського
[Hachinski V.C., Piff L.D., Zilkha et al., 1975]**

1. Раптовий початок (2 бали)
2. Східцеподібне протікання (1 бал)
3. Наявність флюктуацій (2 бали)
4. Нічна спутаність (1 бал)
5. Відносна збереженість особистості (1 бал)
6. Депресія (1 бал)
7. Соматичні скарги (1 бал)
8. Емоційна лабільність (1 бал)
9. Артеріальна гіпертонія(в анамнезі чи в теперішній час) (1 бал)
10. Інсульт в анамнезі (2 бали)
11. Інші(соматичні) ознаки атеросклерозу (1 бал)
12. Суб'єктивна неврологічна симптоматика (2 бали)
13. Об'єктивна неврологічна симптоматика (2 бали)

Інтерпретація результатів:

Оцінка вище 7 балів припускає судинну етіологію когнітивних розладів, 4 і менше – не підтверджує судинну етіологію процесу і є характерним для хвороби Альцгеймера.

Дата заповнення карти _____

Реєстраційний № _____

Карта динамічного спостереження за станом когнітивних функцій

А. Паспортні дані

1. Прізвище _____ 2. Ім'я _____ 3. По - батькові _____

4. Вік _____ 5. Дата народження (день, місяць, рік) _____

6. Домашня адреса (місто, село) _____

7. Стать (чол/ жін) 8. Освіта: середня, середньо-спеціальна, вища 9. Вага _____

10. Зріст _____ 11. Дата захворювання _____

В. Діагноз та дані обстеження

1. Діагноз _____

2. ФР (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ІХС, серцеві аритмії, ТІА, ГПМК, паління, нічне апное, алкоголь, кава, значні фізичні навантаження, емоційні навантаження)

3. Уражена зона (ліва півкуля, права півкуля, стовбур мозку, мозочок), підкреслити

4. АТ (при поступленні) _____ 5. Пульс(при поступленні) _____

6. ЕКГ: чсс _____ ритм _____ ел.вісь _____ Особл. _____

7. ЗАК: Нв _____ Ер _____ Л _____ ШОЕ _____ Нт _____

Цукор крові _____ Холестерин _____ Фібриноген _____

8. АКТ (детальний опис вогнища, в якій півкулі, долі, розміри) _____

9. УЗДГ магістральних судин шиї _____

10. УЗО серця _____

С. Лікування в стаціонарі

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1. Серміон так / ні | 2. Прамірацетам так/ні |
| 3. Білобіл так/ні | 4. Трентал так/ні |
| 5. Церебролізін так/ ні | 6. Цераксон так/ні |
| 7. Аспірин так / ні | 8. Клопідогрель так/ні |
| 9. Інші | |

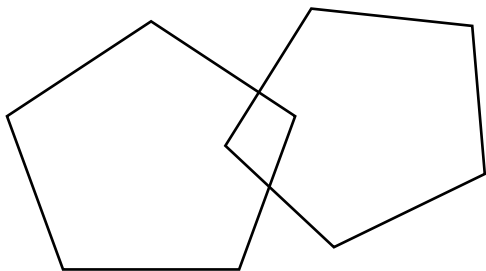
препарати _____

Е.. Рекомендоване амбулаторне лікування (вказати ліки)

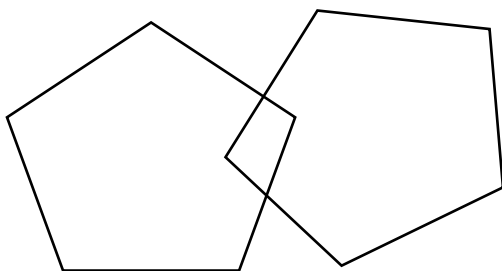
Д.

ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ

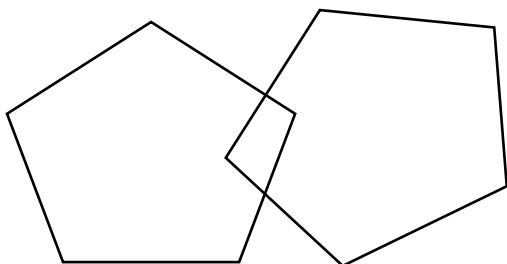
ПЕРЕМАЛЮЙТЕ МАЛЮНОК



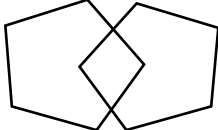
Дата « »



Дата « »



Дата « »

MMSE	Оцінювання (бали)	При виписці	Через ___ міс	Через ___ міс
<u>ОРІЄНТАЦІЯ В ЧАСІ:</u>				
Який сьогодні рік ?	0-1			
Яка зараз пора року ?	0-1			
Який зараз місяць ?	0-1			
Яка сьогодні дата ?	0-1			
Який сьогодні день тижня ?	0-1			
<u>ОРІЄНТАЦІЯ В МІСЦІ:</u>				
Яку назву має наша країна ?	0-1			
Яку назву має наша область ?	0-1			
Де ви знаходитесь ?	0-1			
До лікаря якої спеціальності ви звернулись?	0-1			
На якому поверсі розташований наш кабінет ?	0-1			
<u>СПРИЙМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ:</u>				
Я зараз назву три слова, прошу вас їх повторити: «МАК», «СТІЛ», «ДІМ» Прожу їх запам'ятати, через якийсь час вам треба буде їх знову повторити.	0-3			
<u>КОНЦЕНТРАЦІЯ УВАГИ:</u>				
Прожу вас провести кілька арифметичних дій. Віднімайте від 100 по 7. (5разів)	0-5			
<u>ПАМ'ЯТЬ:</u>				
Повторить будь-ласка три слова, які я просив вас запам'ятати раніше.	0-3			
<u>МОВНІ ФУНКЦІЇ:</u>				
Назвіть ці предмети: (показуємо предмети) «РУЧКА», «ГОДИННИК».	0-2			
Прожу повторити наступне речення: «НІ ТЕ, НІ СЕ, НІЯКЕ»	0-1			
3-Х ЕТАПНА КОМАНДА: 1. Візьміть лист паперу в руку(праву/ліву); 2. Складіть його навпіл; 3. Поставте його собі на коліно.	0-3			
Хворий має прочитати і виконати, те що написано на папері «ПРОШУ ЗАЖМУРИТИ ОЧІ».	0-1			
Напишіть довільне речення: «СЬОГОДНІ СОНЯЧНА ПОГОДА».	0-1			
ПЕРЕМАЛЮЙТЕ МАЛЮНОК: 	0-1			
ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ:	0-30			

Батарей тестів для оцінки лобної дисфункції	Оцінка	При виписці	Через ___ міс	Через ___ міс
1. Концептуалізація.				
„Що спільного між яблуком і грушею?”	1			
„Що спільного між пальто і курткою ?”	1			
„Що спільного між столом і стільчиком ?”	1			
2. Швидкість мови				
Закрийте очі і протягом хвилини називайте слова на букву “С”: більше 9 слів - 3 бали, 7-9 слів - 2 бали, 4-6 слів - 1 бал, менше 4 – 0 балів	0-3			
3. Динамічний праксис(кулак, ребро, долоня)				
правильне виконання 3 – х серій рухів	3			
правильне виконання 2 – х серій рухів	2			
правильне виконання 1–єї серії (разом з лікарем)	1			
4. Проста реакція вибору(на один удар хворий вдаряє двічі, на 2-1раз) Вистукується ритм : 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.				
правильне виконання	3			
не більше 2 помилок	2			
багато помилок	1			
персеверативне поторювання ритму за лікарем	0			
5.Ускладнена реакція вибору(на один удар хворий не вдаряє, на 2 -1 раз) Вистукується ритм :1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.				
правильне виконання	3			
не більше 2 помилок	2			
багато помилок	1			
персеверативне поторювання ритму за лікарем	0			
6. Дослідження хапальних рефлексів.				
Відсутність хапального рефлексу	3			
хворий запитує, чи повинен він схопити	2			
Дається інструкція не хапати, якщо не хапає	1			
Дається інструкція не хапати, хворий хапає далі	0			
Загальна сума				

ПРОБА ШУЛЬТЕ

Таблиця №1

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

Час виконання 1. дослідження _____ 2. дослідження _____ 3. дослідження _____ сек/бали

Таблиця №2

5	14	12	23	2
18	25	7	24	13
11	3	20	4	16
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

Час виконання 1. дослідження _____ 2. дослідження _____ 3. дослідження _____ сек/бали

Середній час 5 таблиць 1. дослід _____ 2. дослід _____ 3. дослід _____ сек/бали

Тест 10 СЛІВ (дата _____)

“ВЕСНА, ДОРОГА, ВІКНО, ВІТЕР, ЛАМПА, ПОЛЕ, БРАТ, КОСА, АЙВА, ГОЛУБ”.

1-а спроба ВСЬОГО ПОВТОРЕНО СЛІВ: _____

2-а спроба ВСЬОГО ПОВТОРЕНО СЛІВ: _____

3-я спроба ВСЬОГО ПОВТОРЕНО СЛІВ: _____

4-а спроба ВСЬОГО ПОВТОРЕНО СЛІВ: _____

5-а спроба ВСЬОГО ПОВТОРЕНО СЛІВ: _____

Геріатрична шкала депресії (GDS)

Запитання	При виписці		Через __ місяців	
	ТАК	НІ	ТАК	НІ
1. Чи задоволені Ви в цілому життям?				
2. Чи від багатьох занять чи способів проведення вільного часу Ви відмовились?				
3. Чи є у Вас відчуття, що Ваше життя порожнє?				
4. Ви часто сумуєте?				
5. У Вас звичайно хороший настрій?				
6. Ви боїтесь, що з Вами відбудеться щось погане?				
7. Чи відчуваєте Ви себе в більшості задоволеним/задоволеною?				
8. Ви часто відчуваєте себе безпомічним / -ою ?				
9. Ви краще залишитесь вдома чи вийдете з дому чи візьметесь за щось нове?				
10. Ви рахуєте, що Ваша пам'ять гірша, ніж у більшості людей?				
11. Чи рахуєте Ви, що зараз жити добре?				
12. Ви відчуваєте себе в даний момент непотрібним/непотрібною?				
13. Ви відчуваєте себе повним /-ою енергії?				
14. У Вас є відчуття, що Ваше положення безвихідне?				
15. Ви рахуєте, що більшості людям краще, ніж Вам?				
Всього балів:				

НАМАЛЮЙТЕ КРУГЛИЙ ГОДИННИК З ЦИФРАМИ НА ЦИФЕРБЛАТІ І
ВКАЖІТЬ ЧАС БЕЗ 10 ХВИЛИН 2 ГОДИНИ
(при виписці з лікарні, через __ місяців після інсульту, дата _____)

НАМАЛЮЙТЕ КРУГЛИЙ ГОДИННИК З ЦИФРАМИ НА ЦИФЕРБЛАТІ І
ВКАЖІТЬ ЧАС БЕЗ 10 ХВИЛИН 2 ГОДИНИ
(через __ місяців, дата _____, через __ місяців, дата _____,)

НАМАЛЮЙТЕ КРУГЛИЙ ГОДИННИК З ЦИФРАМИ НА ЦИФЕРБЛАТІ І
ВКАЖІТЬ ЧАС БЕЗ 10 ХВИЛИН 2 ГОДИНИ
(через __ місяців, дата _____, через __ місяців, дата _____)

Опитувач інформатора про Пізнавальні здібності осіб старшого віку (IQCODE)

Згадайте будь ласка, яким був Ваш товариш чи родич 10 років тому і порівняйте з тим, яким він є сьогодні. 10 років тому був 20 __. Нижче наведені ситуації, в яких ваш товариш чи родич використовували свої розумові здібності та пам'ять. Вам необхідно визначити чи ці здібності покращились, залишилися такими самими, чи стали гіршим за останні 10 років. Важливим є порівняння його/її теперішніх здібностей зі здібностями 10 літньої давнини. Так, якщо 10 років тому ця людина завжди забувала, де він/вона залишала речі і продовжує це робити, тоді це можна відмітити як "Не дуже змінилось". Будь ласка вкажіть зміни, які Ви помітили, *обвівши відповідну відповідь*.

- | | | | |
|----|--------------------|----|--------------------|
| ++ | Значно покращилось | - | Дещо погіршилось |
| + | Дещо покращилось | -- | Значно погіршилось |
| ± | Не змінилось | | |

		Бали				
		1	2	3	4	5
1.	Впізнання рідних та друзів по обличчю	++	+	±	-	--
2.	Запам'ятовування імен членів сім'ї та друзів	++	+	±	-	--
3.	Збереження в пам'яті інформації про членів сім'ї та друзів	++	+	±	-	--
4.	Утримування в пам'яті подій, які нещодавно відбулися	++	+	±	-	--
5.	Пригадування змісту розмови через кілька днів	++	+	±	-	--
6.	Втрата змісту під час розмови	++	+	±	-	--
7.	Утримування в пам'яті своєї адреси, номера телефону та інше	++	+	±	-	--
8.	Пригадування, який сьогодні день і місяць	++	+	±	-	--
9.	Пригадування, де звичайно зберігаються необхідні до вжитку речі (мило, гребінець, плоскогубці)	++	+	±	-	--
10.	Пригадування де знайти річ, яку залишили в іншому місці ніж звичайно	++	+	±	-	--
11.	Здібність пристосування до будь-яких змін в щоденній рутині	++	+	±	-	--
12.	Орієнтація в роботі звичних механізмів навколо будинку	++	+	±	-	--
13.	Здібність до оволодіння роботи на нових приладах чи машинах	++	+	±	-	--
14.	Здібність до вивчення нових речей взагалі	++	+	±	-	--
15.	Пригадування подій, які відбулися в юнацькому віці	++	+	±	-	--
16.	Пригадування речей вивчених в молодості	++	+	±	-	--
17.	Розуміння значення незвичних слів чи виразів	++	+	±	-	--
18.	Розуміння статей в газетах та журналах	++	+	±	-	--
19.	Розуміння змісту історій викладених в книзі, по телевізору	++	+	±	-	--
20.	Здібність до написання листа друзям, чи ділового змісту поради	++	+	±	-	--
21.	Пригадування важливих історичних подій минулого часу	++	+	±	-	--
22.	Здібність приймати рішення в щоденних справах	++	+	±	-	--
23.	Управління грошима при щоденних закупах	++	+	±	-	--
24.	Управління фінансами, напр. отримання пенсії на пошті	++	+	±	-	--
25.	Вирішення щоденних арифметичних проблем, напр. скільки продуктів купити, скільки минуло часу між візитами друзів	++	+	±	-	--
26.	Здатність використовувати інтелект для розуміння того, що діється навколо та для обмірковування фактів	++	+	±	-	--

Зведені дані отримані при дослідженні

Шкали	При виписці	Через __ місяців	Через __ місяців	Через __ місяців	Через __ місяців
MMSE					
Батарея тестів для оцінки лобної дисфункції					
Таблиці Шульте (час в секундах, бали)					
Середній час виконання, бал					
Запам'ятову вання 10 слів (кількість слів)					
Середня кількість слів					
Опитувач інформатора					
Тест малювання годинника					
Сума балів					
Скандин. шкала					
Геріатрична шкала депресії (ГШД)					

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

З повною інформацією про лікарський засіб можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату.

АБІКСА (Абіха). РП № UA/4760/01/01, Наказ МОЗ України від 09.08.2011 № 490. Зміни внесено Наказ МОЗ України від 15.03.2013 № 210.

Склад. Діюча речовина: memantine; 1 таблетка містить 10 мг мемантину гідрохлориду;

Лікарська форма. Таблетки, вкриті оболонкою.

Фармакотерапевтична група. Засоби, що застосовуються при деменції. Код АТС N06D X01.

Показання. Хвороба Альцгеймера від легкого ступеня тяжкості до тяжких форм.

Протипоказання. Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого компонента препарату.

Спосіб застосування та дози.

Лікування слід розпочинати та проводити під наглядом лікаря, за умови наявності опікуна, який буде регулярно контролювати прийом препарату пацієнтом. Таблетки слід приймати 1 раз на добу кожного дня в один і той самий час, застосовувати разом з їжею чи незалежно від прийому їжі.

Максимальна добова доза становить 20 мг. З метою зниження ризику появи негативних реакцій підтримуючу дозу визначають шляхом поступового збільшення дозування на 5 мг на тиждень протягом перших 3 тижнів таким чином: 1-й тиждень (1-7 день): приймати ½ таб (5 мг/добу) протягом тижня; 2-й тиждень (8-14 день): приймати 1 таб (10 мг/добу) протягом тижня; 3-й тиждень (15-21 день): приймати 1½ таб (15 мг/добу) протягом тижня; розпочинаючи з 4-го тижня: приймати 2 таб (20 мг/добу) кожного дня. Рекомендована підтримуюча доза становить 20 мг/добу.

Тривалість лікування індивідуально визначає лікар, який має досвід діагностування та лікування хвороби Альцгеймера. Слід регулярно оцінювати клінічний ефект, переносимість та дозування мемантину. Підтримуюче лікування можна продовжувати доти, доки терапевтичний ефект залишається сприятливим, а переносимість мемантину пацієнтом – доброю. Слід розглянути можливість припинення лікування мемантином, якщо зникають ознаки терапевтичного ефекту або погіршується переносимість лікування пацієнтом.

На основі результатів клінічних досліджень рекомендована доза для пацієнтів віком від 65 років становить 20 мг/добу, як зазначено вище.

Для пацієнтів з порушенням функції нирок легкого ступеня тяжкості (кліренс креатиніну 50-80 мл/хв) зниження дози препарату не потрібне. Пацієнтам з порушенням функції нирок середнього ступеня тяжкості (кліренс креатиніну 30-49 мл/хв) добову дозу слід зменшити до 10 мг. Пацієнтам з порушенням функції нирок тяжкого ступеня (кліренс креатиніну 5-29 мл/хв) добову дозу слід зменшити до 10 мг.

Для пацієнтів з порушенням функції печінки легкого або середнього ступеня тяжкості корекція дози не потрібна, застосування пацієнтам з тяжким порушенням функції печінки не

рекомендується.

Побічні реакції.

Інфекції	Нечасті	Грибкові захворювання
Порушення імунної системи	Часті	Гіперчутливість
Психічні порушення	Часті	Сонливість
	Нечасті	Сплутаність свідомості, Галюцинації
	Невизначені	Психотичні реакції ²
Порушення нервової системи	Часті	Запаморочення, Порушення рівноваги
	Нечасті	Порушення ходи
	Дуже рідкісні	Судомні напади
Серцеві порушення	Нечасті	Серцева недостатність
Судинні порушення	Часті	Артеріальна гіпертензія
	Нечасті	Венозний тромбоз/тромбоемболізм
Розлади дихальної системи	Часті	Задишка
Шлунково-кишкові порушення	Часті	Запор
	Нечасті	Блювання
	Невизначені	Панкреатит
Порушення з боку печінки та жовчовивідних шляхів	Часті	Підвищені показники функції печінки
	Невизначені	Гепатит
Загальні порушення	Часті	Головний біль
	Нечасті	Підвищена втомлюваність

Хвороба Альцгеймера пов'язана з депресією, суїцидальними ідеями та суїцидом. Такі випадки відомі при медичному застосуванні мемантину.

Передозування. Досвід обмежений. Лікування симптоматичне, специфічного антидоту не існує. Слід застосувати стандартні клінічні процедури для видалення діючої речовини з організму, наприклад промивання шлунка, прийом активованого вугілля, методи підкислення реакції сечі, форсований діурез.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Даних щодо впливу мемантину при застосуванні його у період вагітності немає, потенційний ризик для людини не відомий. Мемантин не слід застосовувати у період вагітності, за винятком випадків, обумовлених чіткою та явною необхідністю. Жінкам, які застосовують мемантин, слід утриматися від годування груддю.

Діти. Препарат не застосовують дітям у зв'язку з недостатністю даних щодо безпеки та ефективності.

Особливості застосування.

Слід дотримуватися обережності при призначенні препарату хворим на епілепсію, пацієнтам з епізодами судом в анамнезі, а також пацієнтам з факторами ризику розвитку епілепсії. Слід уникати одночасного застосування з амантадином, кетаміном чи декстрометорфаном. За пацієнтами, які нещодавно перенесли інфаркт міокарда або з декомпенсованою застійною серцевою недостатністю, неконтрольованою артеріальною гіпертензією, необхідний ретельний нагляд, наявні лише обмежені відповідні дані.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами. Мемантин має незначний або помірний вплив на швидкість реакції людини, тому амбулаторних пацієнтів слід попередити про необхідність дотримання особливої обережності при керуванні автотранспортом чи роботі з обладнанням.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Слід уникати одночасного застосування з амантадином, кетаміном і декстрометорфаном. Механізм дії передбачає можливе посилення ефектів L-допа, допамінергічних агоністів та антихолінергічних засобів при одночасному застосуванні. Можливим є послаблення ефектів барбітуратів та нейрореплетичних засобів. Сумісне призначення із спазмолітичними засобами, дантроленом або баклофеном може модифікувати їх ефекти. Циметидин, ранітидин, прокаїнамід, хінідин, хінін та нікотин також здатні взаємодіяти з мемантином, обумовлюючи потенційний ризик підвищення рівнів вмісту у плазмі крові. При сумісному призначенні мемантину з гідрохлортіазидом (ГХТ) можливе зниження рівня ГХТ у сироватці крові. Необхідний ретельний моніторинг протромбінового часу або МНС у пацієнтів, які одночасно приймають пероральні антикоагулянти.

Фармакологічні властивості. *Фармакодинаміка.* У проявах симптомів і прогресуванні нейродегенеративної деменції важливу роль відіграє порушення глутаматергічної нейротрансмісії, особливо за участі NMDA-рецепторів. Мемантин являє собою потенціалзалежний, середньої афінності неконкурентний антагоніст NMDA-рецепторів. Мемантин модулює ефекти патологічно підвищених рівнів глутамату, який може призвести до дисфункції нейронів. *Фармакокінетика.* Абсолютна біодоступність мемантину становить приблизно 100 %. Швидкість ниркової елімінації мемантину в умовах лужної реакції сечі може знижуватися у 7-9 разів. Фармакокінетика має лінійний характер.

Основні фізико-хімічні властивості: від блідо-жовтого до жовтого кольору таблетки, вкриті оболонкою, овальної форми, з лінією для розлому та маркуванням відносно її: «М» ліворуч і праворуч з одного боку, «1» ліворуч і «0» праворуч – з іншого. Таблетка може бути розділена на дві половини.

Умови зберігання. Спеціальних умов зберігання немає. Зберігати у недоступному для дітей місці.

Упаковка. По 28 таблеток у блістерах в картонній упаковці.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. Х. Лундбек А/С. Оттілавей 9, 2500 Валбі Копенгаген, Данія.