

УДК 616.894-053.8-085.214.31

ПОЄДНАННЯ МЕМАНТИНУ І ЦИТОФЛАВІНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

В. Г. Деркач, Ю. Ф. Азов, А. П. Левицька
Буковинський державний медичний університет;
Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: хвороба Альцгеймера, мемантин, цитофлавін

Одним із найбільш частих нейродегенеративних захворювань, які розвиваються у пізньому віці людини, є хвороба Альцгеймера (ХА). Постійно прогресуючий перебіг захворювання, тяжкі порушення соціальної адаптації хворих через розвиток деменції, скорочення тривалості їх життя роблять актуальним вивчення питань патогенезу, особливостей клінічних виявів та лікування цієї патології.

З 2007 по 2010 рік у відділенні реабілітації Чернівецької обласної психіатричної лікарні, а також амбулаторно було проведено лікування 22 хворих на ХА, віком 51—68 років; жінок було 16, чоловіків — 6.

Для встановлення діагнозу ХА виявляли у хворих симптоми деменції, використовуючи міні-шкалу дослідження психічного стану (Folstein M. F. et al., 1975), а також дані анамнезу, дослідження неврологічного статусу, КТ і МРТ головного мозку.

У лікуванні таких пацієнтів використовували поєднане призначення мемантину (абікси) та цитофлавіну.

Мемантину гідрохлорид (абікса) — антагоніст N-метил-D-аспартатних рецепторів. Захищає нейрони від ексайтотоксичного пошкодження, має нейропротекторні властивості нейродегенерації, у результаті чого суттєво покращує когнітивні функції, зберігає на попередньому рівні глобальне функціонування, зменшує розлади поведінки у хворих.

Застосовували абіксу за загальноприйнятою схемою.

Цитофлавін (1 мл його розчину містить: кислоти янтарної 100 мг, нікотинамід 10 мг, рибоксину 20 мг, рибофлавіну мононуклеотиду 2 мг) стимулює енергоутворення у клітинах, поліпшує процеси утилізації кисню тканинами, відновлює активність ферментів антиоксидантного захисту, активує внутрішньоклітинний синтез білка, сприяє ресинтезу у нейронах γ-аміномасляної кислоти, результатом чого є поліпшення коронарного та мозкового кровотоку, активація метаболічних процесів у ЦНС та відновлення мнестично-інтелектуальних функцій мозку).

Застосовували цитофлавін внутрішньовенно крапельно (40—45 крапель за хвилину) у дозі 10 мл на 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, у першій половині дня, на курс — 10 вливань, кожен день.

Залежно від стану хворого курс терапії мемантином тривав від трьох до шести місяців, а вливання цитофлавіну при цьому проводили один раз у два місяці, тобто, від одного до трьох раз на курс.

За результатами проведеного катamnестичного дослідження у більшості хворих (13) не виявлено вираженого прогресування хвороби. У чотирьох хворих посилилась тяжкість деменції, у двох — вогнищевих неврологічних розладів, а троє хворих померло. Враховуючи результати катamnестичного дослідження, вважаємо за доцільне проведення лікування хворих на хворобу Альцгеймера поєднаним застосуванням мемантину та цитофлавіну.

УДК 616.899-085

ТЕРАПІЯ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ

В. Г. Деркач, А. В. Деркач, В. В. Калуцький, В. І. Курик
Буковинський державний медичний університет,
лікарня швидкої медичної допомоги,
обласна психіатрична лікарня (м. Чернівці)

Ключові слова: деменція, діагностика, медикаментозні засоби

Судинна деменція (СД) — гетерогенна група дементних синдромів, які зумовлені різними васкулярними причинами і виявляються органічними змінами мозку та своєрідними клінічними розладами (Roman G. C., 2002).

За період 2006—2009 роки у відділеннях Чернівецької обласної психіатричної лікарні, неврологічному відділенні Чернівецької лікарні швидкої медичної допомоги, а також амбулаторно було проведено лікування 18 хворих на СД, віком 58—72 роки; жінок було 14, чоловіків — 4.

Для встановлення діагнозу СД виявляли у них когнітивне зниження, перенесену цереброваскулярну патологію, підтвердження якої ґрунтувалося на підставі анамнестичних даних, вогнищеві неврологічної симптоматики, даних різних методів нейровізуалізації (КТ, МРТ головного мозку); при цьому виключали наявність у пацієнта делірії та хвороби Альцгеймера.

З метою визначення важкості деменції використовували коротку шкалу дослідження психічного статусу (MMSE), згідно якої в 11 хворих спостерігався легкий ступінь деменції, у 4-х — помірний, у 3-х — важкий.

Згідно з МКХ-10 хворі страждали на підкоркову (8 осіб) та змішану коркову і підкоркову (10 осіб) клінічні форми СД.

Курс лікування включав базову терапію:

- солкосерил 4 мл в/в крапельно на фізіологічному розчині (100 мл) 1 раз на добу (10—15 днів) чи актовегін 10—20 мл в/в крапельно на фізіологічному розчині (250—500 мл) 1 раз на добу (10 днів);

- гліатилін 4 мл на фізіологічному розчині (100—150 мл) в/в крапельно 1 раз на добу (10—15 днів) чи цераксон 500—1000 мг на фізіологічному розчині в/в крапельно 1 раз на добу (або по 500—1000 мг в/м 2 рази на добу) — 10—15 днів, чи церебралізін по 10—20 мл на фізіологічному розчині (250—500 мл) в/в крапельно 1 раз на добу (10—15 днів), чи сомазина 500—1000 мг на фізіологічному розчині в/в крапельно 1 раз на добу (10—15 днів);

- тіотриазолін 2,5 % розчин по 2 мл в/м 2 рази на добу — 10 днів;

- вітамін В₆ (піридоксину гідрохлорид) 5 % розчин по 2 мл в/м — 20 днів;

- серміон по 30 мг 2 рази на добу — 2 місяці;

- танакан по 40 мг 2—3 рази на добу — 2 місяці;

- туліп по 10—20 мг 1 раз на добу — 2 місяці;

- кардіомагніл по 75—150 мг 2 рази на добу — 2 місяці;

- ноопепт по 10 мг 2 рази на добу (вранці та серед дня)

чи прамістар по 400 мг 2 рази на добу — 2 місяці.

Окрім того, при необхідності проводили симптоматичну терапію (антигіпертензивні засоби, кардіотонічні та аналептичні препарати, нейролептики, транквілізатори, антидепресанти, снодійні, мідокалм тощо).

Залежно від важкості стану хворого проводили йому 2—3 таких курси на рік (як стаціонарно, так і амбулаторно).

Згідно з проведеним катamnестичним дослідженням троє хворих померли (усі з важким ступенем деменції), у 3-х пацієнтів з легким ступенем на сьогодні діагностовано помірний ступінь деменції, у 2-х хворих з помірним ступенем — важкий ступінь деменції.

На нашу думку, для більшої ефективності лікування необхідно проводити постійно, особливо — пероральний прийом медикаментозних засобів, а також включати до їх переліку мемантин (абіксу).

УДК 616.89-02:616(477.85)

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОМАТОФОРМНІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

І. П. Дишук, В. В. Калуцький, П. Т. Ніколенко
Буковинський державний медичний університет,
Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: психосоматика, організація допомоги, денний стаціонар

Найбільш складною проблемою психосоматичної медицини є соматоформні та психосоматичні розлади, в генезі яких негативний вплив соціально-економічних, соціально-психологічних, демографічних, екологічних, інформаційних, медико-психологічних та інших чинників, які складають систему психологічного неблагополуччя. У людини, що