
К. В. Аймедов, Д. А. Волощук,

Одеський національний медичний університет, кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології.

C. V. Ayumedov, D. A. Voloshchuk,

Odessa National Medical University, department of social assistance, general and medical psychology.

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ В СТРУКТУРІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

**ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ**

**PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN COMPLEX STRUCTURE
OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA**

УДК 616.89-008.454-055.5/.7:159.9

Статья поступила в редакцию 03.10.2016.

Резюме

Розглядається актуальне питання комплексного медико-психологічного супроводу хворих на судинну деменцію. Представлено аналіз результатів фармакоterapiї даної категорії хворих. Підкреслено, що на тлі проведеної терапії відбулися позитивні зміни щодо рівня когнітивних функцій (орієнтація в часі, місці, сприйняття; концентрація уваги, пам'яті). Важливо враховувати те, що через велику кількість психопатогенетичних механізмів судинної деменції, на сьогодні немає єдиного терапевтичного стандарту.

Ключові слова

індивідуально-психологічні особливості, родичі хворих на судинну деменцію, мотивація догляду, психодіагностичні обстеження, особистісні особливості, показники якості життя.

Резюме

Рассматривается актуальный вопрос комплексного медико-психологического сопровождения больных сосудистой деменцией. Представлен анализ результатов фармакоterapiи данной категории больных. Подчеркнуто, что на фоне проводимой терапии произошли положительные изменения в уровне когнитивных функций (ориентация во времени, месте, восприятия, концентрация внимания, памяти). Важно учитывать то, что из-за обилия психопатогенетических механизмов сосудистой деменции, на сегодня нет единого терапевтического стандарта.

Ключевые слова

индивидуально-психологические особенности, родственников больных сосудистой деменцией, мотивация ухода, личностные особенности, показатели качества жизни.

Resume

In the present issue of integrated medical and psychological support for patients with vascular dementia. The analysis results pharmacotherapeutic impact on these patients. As a result of the therapy have been positive changes in the level of cognitive function (orientation in time, place, perception, concentration, memory). It is important to bear in mind that due to high psychopathogenetic mechanisms of vascular dementia, today there is no single therapeutic standard.

Keywords

individual psychological characteristics, relatives of patients with vascular dementia, motivation care, psychoexamination, personal characteristics, quality of life.

Виключне поширення має судинна деменція (СД), що є однією з найбільш частих форм когнітивного зниження в західних країнах і, ймовірно, найчастішою – у багатьох східних країнах і в Україні [1]. Внаслідок великої кількості етіопатогенетичних механізмів не існує єдиного і стандартизованого методу лікування даної категорії хворих [2, 3].

В цілому терапію СД умовно можна розділити на дві категорії: спрямовані на попередження виникнення судинних порушень та зменшення прогресування проявів деменції і саме лікування. Мета лікування – покращити когнітивний дефіцит та редукувати функціональні порушення [4, 5]. Лікування СД має включати заходи, спрямовані на основне захворювання, на тлі якого розвивається деменція, і на корекцію наявних факторів ризику [6 – 9].

Матеріали та методи дослідження. Протягом 2014 – 2016 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» обстежено 179 пацієнтів з СД. Дослідження проводилось з дотриманням принципів медичної етики та деонтології.

Вивчення соціального функціонування (СФ) пацієнтів здійснювалось із використанням психіатричної шкали обмеження життєдіяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я – Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS). Шкала дозволила провести оцінку чинників, які обмежують життєдіяльність у двох часових проміжках: на момент госпіталізації та у динаміці захворювання.

Викладення основного матеріалу. На першому етапі дослідження, з урахуванням критеріїв включення-виключення, сформовано дві групи пацієнтів з СД (Г1 (n) та Г2 (n)). Розподіл здійснювався за рівнем розвитку когнітивних функцій хворих та ступенем їх загальної дисфункції, який визначався за даними клінічних спостережень, а також за допомогою психодіагностичних методик. Так, до Г1 (n) увійшли 76 осіб з легким ступенем когнітивних порушень, а до Г2 (n) – 87 осіб з помірним ступенем.

На другому етапі дослідження кожному з обстежених груп було розділено на дві підгрупи (основну та порівняльну). Комплекс для основних груп хворих на СД наведено на *рис. 1*. В групах порівняння, до складу яких входили пацієнти з СД, проводили суто базові фармакотерапевтичні інтервенції.

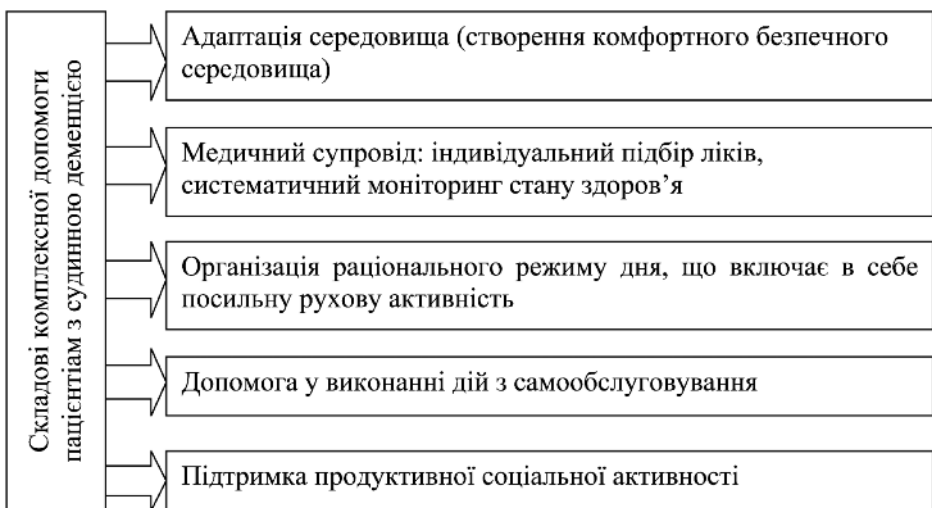


Рис. 1. Складові комплексної допомоги хворим на судинну деменцію

Третій етап – аналіз ефективності проведеного комплексу – дозволив оцінити результативність авторського комплексу терапії шляхом зіставлення результатів основних груп та груп порівняння.

Створення безпечного середовища, організація індивідуального медичного та психосоціального супроводу, відновлення навичок самообслуговування є невід’ємними етапами надання допомоги пацієнту з СД (рис. 1).

При побудові схеми терапії ми спирались на накази МОЗ України: №751 від 28.09.2012 року «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я України» та №59 від 05.02.2007 року «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія».

Важливо враховувати те, що через велику кількість психопатогенетичних механізмів СД, на сьогодні немає єдиного терапевтичного стандарту. Тому коло лікарських засобів, що використовуються для лікування СД досить широке: інгібітори АПФ (лізиноприл); антагоністи кальцію; антитромбоцитарні (аспірин 50 – 325 пд./с.); варднарин (пентексифілін, кавінтон) + ангіопластика; танакан; антихолінхтеразні препарати (аміридин, гліатилін); нейротрофічні (церебрал); інгібітори MAO (селегелін, ентроп+ноофен); ноотропи (луцетам); антагоністи NMDA (метантин); антиоксиданти (вітаміни С, Е, А); ГАМК (аміналон, пантогам); нейронорм (фезам) [10].

Основні принципи терапії судинної деменції: 1) профілактика повторних судинних кризів, а саме контороль АТ, аспірин 100 мг./д., антисклеротична дієта, контроль цукру в крові; 2) лікування супутніх ІБС, цукрового діабету; 3) терапія судинної церебральної недостатності: трентал (пентоксифілін 800 – 1200 мг./д.); гістенол 1 – 2 мг. в/в.; церебролізін до 20 – 30 мг.; кавінтон (вінпоцетин 15 – 30 мг./д.); стугерон (цинаризин 50 – 70 мг./д. до н.м.); серміон 15 – 30 мг./д. т. 30 – 60; танакан 120 мг./д. т. 90; 4) ноотропи: луцетам 800 – 2400 мг./д.; пікамілон 40 – 150 мг./д.; пантогам 1000 – 1500 мг./д.; фенотропіл (ентроп) 100 мг./д. + ноофен 500 мг. x 2 р./д.; 5) при епізодах порушення свідомості, психомоторному збудженні: тіоридазин 0,025 – 0,075 мг./д.; хлорпротиксен 15 – 45 мг./д.; галоперидол 2,5 мг./д., з поступовим зниженням доз, по мірі розвитку седативного ефекту; 6) за необхідністю: ангіопротектори; вазоактивні препарати; вітаміни; метаболісти; гіпотензивні; протисудомні [7].

Враховуючи законодавчу базу, арсенал лікарських засобів, які представлено на фармацевтичному ринку України, їх ціну та доступність, різні особливості контингенту хворих, інформацію з літературних джерел і власний досвід нами, у межах запланованого дослідження, створено наступну схему фармакотерапії для пацієнтів з верифікованою СД.

Лікування хворих було комплексним та етапним (рис. 2)

Безпосередньо після перенесеної мозкової катастрофи, хворим призначався: гліатилін 4,0 в/в крапельно та цераксон 500 (100 мг.) 4,0 в/в крапельно на фізіологічному розчині протягом 5 днів.

Для редукції когнітивного дефекту хворим вводили: актовегін 20% 5 мл. в/в крапельно №10, кавінтон 0,5% 2,0 в/в крапельно №10, церебролізін 5,0 (10,0) мл. в/в крапельно та вітаміни (в/в крапельно), обов’язковим був контроль артеріального тиску. Даний курс проводився протягом 10 днів.

Наступним етапом проводилась загальновідновна терапія, для чого хворі в/в крапельно отримували наступний комплекс препаратів, протягом 10 днів: Sol. Glucosi 5% 200 ml; Sol. Magnesium sulfatis 25% 10 ml.; Sol. Riboxini 2% 5 ml.; Sol. Natrii thiosulfatis 30% 5 ml.; Sol. Sulfocamphocaini 10% 2 ml.; Sol. Corglyconi 0,06% 1 ml.; Sol. Tiotriazolini 2,5% 2 ml.; Sol. Ac. ascorbinici 5% 2 ml.; Sol. Thiamini chloridi 5% 1 ml.; Sol. Pyridoxini 5% 1 ml.; Cocarboxylasi hydrochloridum 0,05; Sol. Mildronati (Metonati) 10% 5 ml.; Sol. Tyocetami 5 ml.

Одночасно з початком загальновідновної терапії, протягом трьох місяців, хворі отримували: таб. цитиколін (цераксон) по 250 мг. 2 р./д., вранці та ввечері, менмантіна гідрохлорид (абікса) 10 мг. по 1 таб./д. вранці, донепезил (альмер) 5 – 10 мг. по 1 таб./д. ввечері, ніцерголін (серміон) по 1 таб./д. вранці, гіпотензивні препарати за наявності артеріальної гіпертензії еналоприл (енап) по 5 мг. 2 р./д. вранці та ввечері).

Для корекції поведінкових порушень хворим, протягом трьох місяців, одноразово на ніч, на-

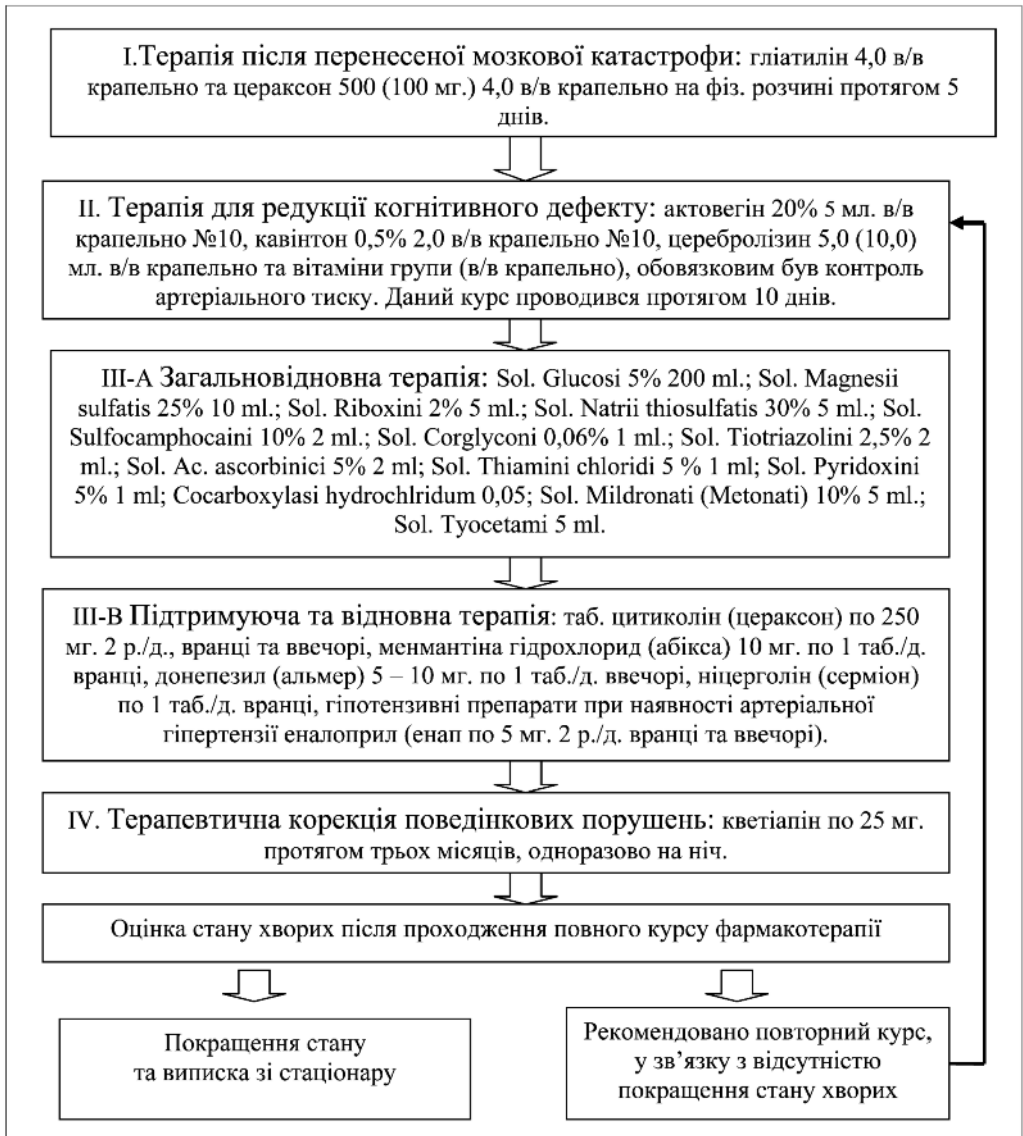


Рис. 2. Етапи фармакотерапії СД

значався кветіапін по 25 мг., який має седативні властивості, зменшує агітацію та покращує нічний сон.

Після проведення повного курсу вищенаведеної терапії нами повторно оцінювався стан хворих, за обраними для дослідження методиками [11].

Для оцінки ефективності проведеного в групах пацієнтів з СД та їх родичів терапевтичного комплексу було здійснено повторну оцінку змін, які відбулися в основних групах після терапії відносно груп порівняння та терміну до терапії.

В результаті проведеної терапії відбулися позитивні зміни щодо рівня когнітивних функцій (орієнтування в часі, місці, сприйняття; концентрації уваги, пам'яті). Найбільш значними були зміни в ОГ2 (п), в якій значення за показниками когнітивних функцій підвищились в середньому на 0,5 балів;

за показниками мовленнєвих функцій – на 0,3 бали. Значні позитивні зміни відбулися також в групі ОГ1 (п) щодо розвитку когнітивних (підвищення в середньому на 0,3 бали) та мовленнєвих (підвищення в середньому на 0,2 бали) функцій.

Дані таблиці свідчать про достовірно більш значне підвищення значень за всіма факторами шкали когнітивної оцінки в обох основних групах дослідження відносно груп порівняння. Так, значення за показником «оптико-просторова діяльність» в ОГ1 (п) підвищилось на 0,9 балів, в ОГ2 (п) – на 0,8 балів; «називання» – в ОГ1 (п) на 0,7 балів, в ОГ2 (п) – на 0,8 балів; «увага» – в ОГ1 (п) на 0,9 балів, в ОГ2 (п) – на 0,6 балів; «мовлення» – в ОГ1 (п) на 0,5 балів, в ОГ2 (п) – на 0,4 балів; «абстрактне мислення» – в ОГ1 (п) на 0,6 балів, в ОГ2 (п) – на 0,5 балів; «відстрочене відтворення» – в ОГ1 (п) на 0,6 балів, в ОГ2 (п) – на 0,8 балів та «орієнтування» – в ОГ1 (п) на 0,7 балів, в ОГ2 (п) – на 0,7 балів. В групах порівняння також відбулись позитивні зміни щодо всіх показників шкали, проте вони були не значними (в середньому значення підвищились на 0,1 балу).

З метою аналізу ефективності проведеного терапевтичного комплексу була проведена повторна оцінка рівня соціального функціонування пацієнтів з СД, які увійшли до груп ОГ1 (п), ОГ2 (п), ГП1 (п) та ГП2 (п) для порівняння показників в основних групах та групах порівняння, а також результатів до та після терапії.

В результаті проведеного терапевтичного комплексу в групі ОГ1 (п) відмічалась значна позитивна динаміка змін рівня соціального функціонування за всіма показниками. Кількість осіб з мінімальною дисфункцією за показником «самообслуговування» після терапії збільшилась на 38,09 %, за показником «інтереси та зайнятість» – на 42,86%, за фактором «діяльність в родині та побуті» – на 47,62%, «спілкування та ізоляція» – на 47,62%. Аналіз групи показників «виконання соціальних ролей» також виявив збільшення кількості осіб з мінімальною дисфункцією (МД). Так, за фактором «участь в домашніх справах» різниця між кількістю осіб з МД в ОГ1 до та після терапії склала 52,39 %, за показником «сімейна роль» – на 47,61%, «шлюбна роль» – на 47,61%, «батьківська роль» – на 47,62% «соціальні контакти» – на 50%, «зацікавленість» – на 50,00 (різниця між показниками до та після терапії в ОГ1 (п) є достовірною, $p \leq 0,05$). Деякі позитивні зміни відбулися також в ГП1 (п), проте вони були незначними (в середньому до 20%) та не мали статистичної достовірності ($p < 0,05$).

Таким чином, якщо до початку терапії більшість осіб ОГ1 (п) мали очевидну, серйозну або дуже серйозну дисфункцію за всіма показниками шкали, після терапії відповідними рівнями дисфункції відрізнялись менш ніж половина досліджених. Так кількість осіб, які мали очевидну, серйозну або дуже серйозну дисфункцію за показником «самообслуговування» до початку терапії складала – 61,9%, після терапії – 23,81%; за фактором «інтереси та зайнятість», відповідно, до – 69,05 %, після – 36,19 %; «діяльність в родині та побуті» – до – 71,43%, після – 23,81%; «спілкування та ізоляція» – до – 76,19%, після – 19,06 %; «участь в домашніх справах» – до – 88,10 %, після – 35,71%; «сімейна роль» – до – 90,47%, після – 42,86%; «шлюбна роль» – до – 92,86%, після – 45,24%; «батьківська роль» – до – 88,10 %, після – 40,48 %; «соціальні контакти» – до – 92,86%, після – 42,86%; «зацікавленість» – до – 97,62%, після – 47,62%. Зазнав найменших змін фактор «поведінка в нестандартних ситуаціях», який в ОГ1 (п) до терапії характеризував 100% пацієнтів, після – 92,86%, проте у порівнянні з ГП1 (п), в якій змін за даним фактором не відбулося зовсім, ця позитивна динаміка в ОГ1 (п) є достовірною ($p \leq 0,05$).

Кількість осіб в ОГ2 (п), які мали очевидну, серйозну або дуже серйозну дисфункцію за показником «самообслуговування» до початку терапії складала – 79,17%, після терапії – 41,67%; за фактором «інтереси та зайнятість», відповідно, до – 89,58 %, після – 47,92%; «діяльність в родині та побуті» – до – 87,5%, після – 45,83%; «спілкування та ізоляція» – до – 89,55%, після – 47,91%; «участь в домашніх справах» – до – 95,83%, після – 54,17%; «сімейна роль» – до – 95,84%, після – 54,17%; «шлюбна роль» – до – 97,92%, після – 70,83%; «батьківська роль» – до – 95,83%, після – 66,67%; «соціальні контакти» – до – 93,75%, після – 56,25%; «зацікавленість» – до – 100%, після – 54,17%. Зазнав найменших змін фактор «поведінка в нестандартних ситуаціях», який в ОГ2 (п) до терапії характеризував 100% пацієнтів, після – 95,83%, проте у порівнянні з ГП2 (п), в якій змін за даним фактором не відбулося зовсім, ця позитивна динаміка в ОГ2 (п) є достовірною ($p \leq 0,05$).

До початку терапевтичного комплексу переважна більшість пацієнтів ОГ1 (n) та ОГ2 (n) мали низький рівень адаптації: ОГ1 (n) – 80,95%; ОГ2 (n) – 91,67%. В результаті проведеного комплексу терапевтичних заходів в ОГ1 (n) кількість осіб з добрим та задовільним ступенем адаптації збільшилась з 19,05% до 73,81%; в ОГ2 (n) – з 8,33% до 64,58%. В ГП1 (n) добрий та задовільний рівень адаптації спостерігався до початку терапії у 20,59% досліджених, а після терапії ця кількість збільшилась на 23,51% і склала 44,1%; в ГП2 (n) задовільним рівнем адаптації характеризувались 5,13% пацієнтів, наприкінці терапії – 20,51%. Таким чином, в ОГ1 (n) кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації збільшилась на 54,76%, що було вдвічі більше, ніж в ГП1 (n) (23,51%). Схожа тенденція спостерігалась в ОГ2 (n) та ГП2 (n), де підвищення рівня адаптації в основній групі було втричі більшим відносно групи порівняння: в ОГ2 (n) кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25%, в ГП2 (n) – 15,38%.

Висновки:

1. Створення безпечного середовища, організація індивідуального медичного та психосоціального супроводу, відновлення навичок самообслуговування є невід’ємними етапами надання допомоги пацієнту з СД.

2. Враховуючи законодавчу базу, арсенал лікарських засобів, які представлено на фармацевтичному ринку України, їх ціну та доступність, різні особливості контингенту хворих, інформацію з літературних джерел і власний досвід нами, у межах запланованого дослідження, створено наступну авторську схему фармакотерапії для пацієнтів з верифікованою СД. Лікування хворих було комплексним та етапним.

3. В результаті проведення комплексної терапії в ОГ1 та ОГ2 отримано достовірні результати, які свідчили про ефективність впроваджених заходів. Так, в ОГ1 (n) кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації збільшилась на 54,76%, що було вдвічі більше, ніж в ГП1 (n) (23,51%). Схожа тенденція спостерігалась в ОГ2 (n) та ГП2 (n), де підвищення рівня адаптації в основній групі втричі більше відносно групи порівняння: в ОГ2 (n) кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25%, в ГП2 (n) – 15,38%.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вербицкая С. В. Клинический опыт применения мемантина при постинсультной деменции / С. В. Вербицкая, В. А. Парфенов // Неврологический журнал, 2008. – №4. – С. 5 – 8.
2. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Стожарова. – М.: ИД «Медпрактика», 2004. – 492 с.
3. Дамулин И. В. Когнитивные расстройства. Некоторые вопросы клиники, диагностики, лечения / И. В. Дамулин. – М., 2012. – 19 с.
4. Деменции: руководство для врачей / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина. – М.: Изд. Медпресс-информ, 2011. – 272 с.
5. Коростій В. І. Робота Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації в університетській клініці ХНМУ як модель мультидисциплінарного підходу / В. І. Коростій, Г. В. Паровіна // Український вісник психоневрології. – 2015. – №2. – С. 110 – 113.
6. Матяж С. Я. Роль недержавних організацій у вирішенні проблем у соціальній сфері в Україні / С. Я. Матяж, А. А. Гуріна // Молодий вчений. – 2014. – №7. – С. 169 – 172.
7. Спирина И. Д. Медицинская психология: учебник // И. Д. Спирина, И. С. Витенко, А. К. Напреенко. – Днепропетровск: «Промінь», 2014. – 456 с.
8. Barbosa A. Dementia in long-term care homes: direct care workers difficulties / A. Barbosa, M. Nolan, L. Sousa [et al.] // Elsevier. Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2014. – Vol. 140. – P. 172 – 177.
9. Barrett A. M. Treatment innovation in rehabilitation of cognitive and motor deficits after stroke and brain injury: physiological adjunctive treatments / A. M. Barrett, C. E. Levy, L. J. Gonzalez Rothi // Am. J. Phys. Med. Rehabil. – 2007. – Vol. 86. – P. 423 – 425.
10. Cumming J. L. Behavioral effects of current Alzheimers disease treatments / J. L. Cumming, J. Mackell, D. Kaufer // Alzheimers dementia. – 2008. – Vol. 1. – P. 49 – 60.
11. Hachinski V. C. Multi-infarct dementia. A case of mental deterioration in the elderly / V. C. Hachinski, N. A. Lassen, J. Marshall // Lancet. – 1974. – Vol. 2. – P. 207 – 210.