

Комплексна програма з профілактики судинної деменції

О.Р. Пулик, В.І. Смоланка, І.В. Чопей, М.В. Гирявець

Ужгородський національний університет

Комплексна програма включає заходи щодо раннього виявлення пацієнтів з постінсультними когнітивними порушеннями, організаційні заходи щодо їхнього спостереження, а також медикаментозні та немедикаментозні заходи з корекції когнітивних порушень.

Ключові слова: інсульт, постінсультні когнітивні порушення, корекція когнітивних порушень.

Відразу після перенесеного мозкового інсульту (МІ) у пацієнтів реєструють післяінсультну когнітивну неспроможність (ПКН), яка характеризує нездатність когнітивних функцій задовольняти потреби особистості повною мірою (у тому числі соціальні, побутові), що призводить до зниження інтелектуальних можливостей пацієнта порівняно з його попереднім станом (до виникнення хвороби чи її загострення). ПКН є однією з основних причин розвитку судинної деменції. Термін ПКН використовують для якісної характеристики когнітивного стану та включає всі види когнітивних порушень (КП), визначених у хворого після МІ, незалежно від їхньої справжньої причини. Щоб оцінити кількісну втрату, слід провести нейропсихологічні дослідження, результати яких визначають ступінь та глибину післяінсультних когнітивних порушень (ПКП), дослідити емоційний стан та виключити псевдодеменцію [1].

Тривалість відновного періоду ПКН у різних авторів має відмінне часове окреслення. Одні автори пропонують обмежити післяінсультний період роком, інші зазначають термін від 3 до 5 років [2–5]. Результати даного дослідження встановили, що тривалість періоду ПКН у різних пацієнтів відмінна. Тому ми пропонуємо використовувати термін ПКП так довго, поки можна відстежити у пацієнта відновлення бодай в одному з доменів когнітивного статусу. Для динамічного спостереження за пацієнтами з ПКП пропонуємо використовувати батарею нейропсихологічних тестів, підсумовувати їхні результати після кожного дослідження та за характером змін оцінювати ефективність реабілітаційних заходів і відповідно тривалість періоду ПКН.

Були сформульовані стратегії профілактики судинної деменції. Перша із стратегій профілактики судинної деменції базується на тому, що у всіх пацієнтів, які перенесли МІ, слід підозрювати можливий розвиток КП. Друга стратегія базується на тому, що у всіх пацієнтів після перенесеного МІ слід проводити дослідження когнітивних функцій, яке допоможе виявити їхні порушення на ранніх стадіях. Згідно з третьою стратегією – всі лікарі повинні знати, що ПКП мають змінний характер і завдяки своїй гетерогенності можуть відновлюватися. Четверта стратегія базується на тому, що лікарі повинні бути свідомі можливості відтермінувати розвиток деменції при використанні активних заходів з їхньої профілактики. Виходячи із зазначених стратегій, профілактика судинної деменції потребує мультидисциплінарного підходу із залученням лікарів першої ланки – сімейних лікарів.

Розроблена комплексна програма складається з трьох частин. Перша частина програми охоплює заходи з виявлення ПКП. Друга частина програми – це перелік ор-

ганізаційних заходів під час спостереження за пацієнтами з ПКП після їхньої виписки зі стаціонару. У ній представлені критерії формування диспансерних груп. Третя частина програми містить перелік медикаментозних та немедикаментозних заходів, які можна використати під час диференціальної терапії ПКП залежно від їхньої вираженості та наявних чинників ризику.

1. Виявлення післяінсультних когнітивних порушень

Метою першої частини програми є виявлення пацієнтів з ознаками ПКН, встановлення ступеня когнітивного зниження, визначення профілю когнітивного зниження та оформлення карт динамічного спостереження, які в подальшому будуть супроводжувати пацієнта протягом усього часу реабілітації. Клінічний огляд та нейровізуалізаційне обстеження (КТ або МРТ) перед випискою пацієнта дозволяють оцінити зону та масштаби ураження головного мозку, а також основні чинники ризику (ЧР) виникнення МІ. На цьому етапі важливим є опитування родичів та близьких про масштаб когнітивного зниження у пацієнта. Для об'єктивізації даних та з метою використання останніх під час динамічного спостереження за змінами вираженості ПКН слід використовувати опитувальник інформатора (родича чи близької людини пацієнта) про когнітивне зниження – IQCODE.

ПКН має гетерогенний характер, і когнітивне зниження можливе в різних доменах, тому рекомендованим для її діагностики є використання батареї нейропсихологічних тестів [5]. За результатами проведеного дослідження ми рекомендуємо скринінгову шкалу для оцінювання психічного статусу – MMSE (Folstein M.F., 1975), а також інші тести, метою яких є виявлення уражень в окремих доменах. Ураховуючи те, що для КП судинного генезу характерним є ураження лобних часток зі значним порушенням виконавчих функцій, ми пропонуємо використання батареї тестів для оцінювання лобної дисфункції – FAB (Dubois P. et al., 1999). Для дослідження розумової працездатності та рівня уваги нами пропонується використання спеціального експериментально-психологічного дослідження з використанням таблиць Шульце з оцінкою в балах (Блейхер В.М., 1986). Для дослідження вербальної пам'яті та виявлення проблем з короткостроковою пам'яттю ми пропонуємо використовувати тест на запам'ятовування 10 слів за методикою О.Р.Лурія, а саме кількості відтворених слів при першому повторі (Лурія О.Р., 1962). Тест малювання годинника дає можливість одночасно провести тестування лобної і потиличної часток та виявити ознаки порушення зорово-просторового сприйняття (Lovenstone S., Gauthier S., 2001).

Для динамічного спостереження за характером когнітивних функцій протягом відновного періоду та кількісного оцінювання змін, ми рекомендуємо використовувати суму балів усіх зазначених тестів. Її збільшення може свідчити про добре підбрану схему для корекції когнітивних функцій, відсутність змін чи зменшення – про низьку ефективність терапевтичних заходів з відновлення когнітивних функцій або закінчення післяінсультного періоду відновлення когнітивних функцій.

Для об'єктивізації даних дослідження когнітивного статусу рекомендуємо дослідження біоелектричної активності головного мозку з визначенням потужності спектрів окремих ритмів та коефіцієнтів потужності спектрів альфа/тета та альфа/дельта ритмів. Ріст коефіцієнта свідчить про ефективну терапію 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.

При завершенні низки заходів, передбачених у першій частині програми, слід провести оцінювання отриманих результатів з використанням оціночної шкали Хачинського. Результат у 7 балів свідчить про те, що у пацієнта мають місце КП судинного генезу, 4 і менше балів не підтверджують судинну етіологію когнітивного зниження [6].

2. Формування диспансерних груп спостереження

Метою другої частини стратегічної програми з превенції судинної деменції у пацієнтів, що перенесли МІ, є якомога ширше охоплення пацієнтів з ПІКН лікарською опікою. Під час динамічного спостереження за пацієнтами з ПІКП встановлено залежність розвитку ПІКН від окремих ЧР виникнення МІ [4]. Ураховуючи результати досліджень, для диспансерного спостереження за пацієнтами з ПІКН рекомендується створення груп із загальним, помірним та високим ризиком розвитку судинної деменції. Пацієнтів з виявленими помірними когнітивними порушеннями після перенесеного МІ включають у групу загального ризику розвитку судинної деменції. Пацієнтів з ознаками помірних ПІКП та наявними прогностичними чинниками швидкої трансформації КП у деменцію включають у групу помірному ризику розвитку деменції [2]. До прогностичних чинників швидкої трансформації ПІКП у деменцію слід віднести артеріальну гіпертензію, кардіальну дисфункцію, цукровий діабет, перенесені в минулому ГПМК та ознаки нічного апное [2, 7–9]. Пацієнтів з ознаками виражених ПІКП слід включити в групу високого ризику.

Ми пропонуємо протягом усього часу диспансерного нагляду за пацієнтами з ПІКН для уточнення стану когнітивних функцій та перевірки ефективності корекції КП проводити повторні нейропсихологічні тестування та інструментальні методи дослідження, описані в першій частині програми. Пацієнтам групи із загальним ризиком розвитку судинної деменції після перенесеного МІ діагностичне тестування ми рекомендуємо проводити з періодичністю два рази на рік (кожні 6 міс), а пацієнтам помірному та високого ризику – чотири рази на рік (кожні 3 міс).

3. Медикаментозні та немедикаментозні методи профілактики

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 [10, 11]. Слідування цим рекомендаціям дозволить нормалізувати артеріальний тиск у пацієнтів з ПІКП, вміст глюкози в крові – у пацієнтів з цукровим діабетом, здійснити підбір анти тромботичної терапії пацієнтам з перенесеним ішемічним інсультом та допомогти в нормалізації обміну ліпопротеїдів.

Тактика реабілітаційної терапії пацієнтів з ознаками ПІКН повинна базуватись на диференціальному підході до використання окремих препаратів і методів, які слід застосовувати комплексно та тривало. У цей час слід сприяти природному відновленню психічних функцій у пацієнта, проводити відновлювальні тренування окремих когнітивних функцій та практичних навичок, учити пацієнта ком-

пенсувати дефіцит окремих когнітивних функцій та вміти використовувати зовнішні компенсаторні прилади чи сторонню допомогу.

Пацієнтам з групи загального ризику розвитку СКП слід суворо дотримуватися рекомендацій щодо заходів первинної профілактики повторного МІ. У групі пацієнтів помірному ризику розвитку судинної деменції до заходів первинної профілактики повторного МІ слід застосовувати препарати нейропротекційної дії, які вони повинні приймати курсами кожні три місяці, а також препарати ноотропної дії цільового скерування, фізіотерапевтичні методи [2, 9]. Дуже важливим у пацієнтів з ПІКН є зміна способу життя: відмова від куріння, дозована рухова активність, збалансована дієта. Пацієнтів з нічним апное слід направляти у спеціалізовані центри.

У групі пацієнтів вираженого ризику розвитку деменції паралельно 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 їхню дію включенням в терапію препаратів ноотропної дії, а також фізіотерапевтичних заходів [12].

ВИСНОВКИ

1. Заходи з профілактики судинної деменції у пацієнтів з післяінсультними когнітивними порушеннями слід розпочинати якомога швидше, не очікуючи відновлення неврологічних функцій, а за наявності у них чинників швидкої трансформації післяінсультних когнітивних порушень (ПІКП) у деменцію слід використовувати агресивну тактику, оцінюючи ступінь вираженості когнітивного дефіциту кожні три місяці.

2. Ефективність та тривалість активної профілактики ПІКП у кожного пацієнта слід визначати індивідуально, пам'ятаючи, що відновлення когнітивних функцій бодай в одному із доменів когнітивного статусу свідчить як про ефективність розпочатої терапії, так і про тривалість періоду відновлення когнітивних функцій.

3. У переважній більшості пацієнтів після перенесеного МІ реєструють помірні ПІКП. Їхнє своєчасне виявлення, активна диспансеризація пацієнтів та комплексне використання медикаментозних і немедикаментозних заходів для корекції когнітивних порушень може відновити окремі когнітивні функції та відтермінувати швидкий розвиток деменції.

Комплексная программа по профилактике сосудистой деменции

А.Р. Пулык, В.И. Смоланка, И.В. Чопей, М.В. Гирявец

Комплексная программа включает мероприятия по раннему выявлению пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями, организационные мероприятия по наблюдению за ними, а также медикаментозные и немедикаментозные мероприятия по коррекции когнитивных нарушений.

Ключевые слова: инсульт, постинсультные когнитивные нарушения, коррекция когнитивных нарушений.

Complex prevention program of vascular dementia

O.R. Pulyk, V.I. Smolanka, I.V. Chopey, M.V. Gyrjavets

A comprehensive program of measures consists of three parts and includes measures for early detection of patients with post-stroke cognitive impairment, organizational measures to monitor them, as well as drug and non-drug measures for the correction of cognitive impairment.

Key words: stroke, post-stroke cognitive impairment, correction of cognitive impairment.

Сведения об авторах

Пулык Александр Романович – Ужгородский национальный университет, 88000, г. Ужгород, ул. Капушанская, 22.
E-mail: apulyk@gmail.com.

Смолянка Владимир Иванович – Ужгородский национальный университет, 88000, г. Ужгород, ул. Капушанская, 22.

Чопей Иван Васильевич – Ужгородский национальный университет, 88000, г. Ужгород, ул. Собранецкая, 150.

Гирявец Мирослава Васильевна – Ужгородский национальный университет, 88000, г. Ужгород, ул. Капушанская, 22.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Міщенко В.М. Постінсультні депресивні розлади / В.М. Міщенко // Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи: Матеріали першого міжнародного конгресу (Київ, 28–29 березня 2013 р.) – К., 2013. – С. 54.
2. Левин О.С. Когнитивные нарушения в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта / О.С. Левин, М.А. Дударова, Н.И. Усольцева // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 20–24.
3. Leys D. The role of cerebral infarcts in vascular dementia / D. Leys, H. Henon, F. Pasquier // In Research and Practice in Alzheimer's Disease. – 2001. – Vol. 5. – P. 8–12.
4. Tang W.K. Frequency and determinants of poststroke dementia in Chinese / W.K. Tang, S.S. Chan, H.F. Chiu [et al.] // Stroke. – 2004. – Vol. 35. – P. 930–935.
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. Hachinski V.C. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly / V.C. Hachinski, N.A. Lassen, J. Marshall // Lancet. – 1974. – Vol. 2. – P. 207–210.
7. Пулик О.Р. Роль чинників ризику мозкового інсульту у розвитку післяінсультної когнітивної неспроможності / О.Р. Пулик // Український неврологічний журнал, 2012. – № 1. – С. 41–45.
8. Lin J.H. Prediction post stroke dementia / J.H. Lin, R.T. Lin, C.T. Tai [et al.] // Neurology. – 2003. – Vol. 61. – P. 343–348.
9. Reitz C. Hypertension and the risk of mild cognitive impairment / C. Reitz, M.X. Tang, J. Manly // Arch. Neurol. – 2007. – Vol. 64. – P. 1734–1740.
10. Головченко Ю.И. Профилактика инсульта: методические рекомендации / Ю.И. Головченко, М.А. Трещинская. – К., 2009. – 36 с.
11. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії / [С.П. Свіщенко, А.Є. Багрий, Л.М. Єна та ін.]. – К., 2008. – 55 с.
12. Мищенко Т.С. Применение препарата мема в лечении сосудистых когнитивных расстройств / Т.С. Мищенко, Е.В. Дмитриева, Н.Б. Балковая [и др.] // НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – № 5 (24). – С. 75–77.

УДК.616.12-008.1.-072.7

Подовження інтервалу Q-T у хворих неспецифічним виразковим колітом, як предиктор розвитку шлуночкової аритмії

Т.М. Тернуцак¹, І.В. Чопей¹, К.І. Чопей¹, Т.А. Селіванова², Т.І. Островська²

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

²ДЗ «Відділкова клінічна лікарня станції Ужгород» ДТГО «Львівська залізниця»

У статті розглянуті демографічні дані хворих неспецифічним виразковим колітом з подовженим інтервалом Q-T та їхній зв'язок з основними факторами серцево-судинного ризику.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, подовження інтервалу Q-T.

Незважаючи на значний прогрес у галузі прогнозування і лікування аритмій серця, проблема запобігання порушенням ритму, що загрожують життю, як у хворих із органічними вадами серця, так і без них, залишається актуальною. Це пов'язано з поширенням різноманітних порушень ритму і відсутністю доступних і надійних показників, які дозволяють визначати ризик раптової серцевої смерті [1].

За даними досліджень останніх років, маркерами неоднорідності реполяризації міокарда, що свідчить про електричну негомогенність, вважають величину коригованого інтервалу Q-T (Q-T_c) та дисперсії Q-T.

Збільшення коригованого інтервалу Q-T понад 0,44 с та дисперсії Q-T понад 0,08 с розглядають як незалежні предиктори раптової серцевої смерті у хворих та здорових осіб [2].

Ураження серця при неспецифічних виразкових колітах (НВК) може призводити до загрозової шлуночкової аритмії з подовженим інтервалом Q-Td, однак у світовій науці дана проблема досить мало вивчена [3]. Тим не менш більшість учених світу вважають, що зниження парасимпатичної активності, вплив вегетативної дисфункції на місцеве субклінічне запалення пов'язані зі збільшенням інтервалу Q-T і дисперсією Q-T [4].

На сьогодні в світовій науці немає достатньо даних про симптоми вегетативної дисфункції серця у хворих НВК [5].

Однак частота і прогностичне значення НВК як індикатора аритмії до кінця не вивчені.

Мета дослідження: аналіз факторів серцево-судинного ризику у пацієнтів із НВК та подовженим інтервалом Q-T.