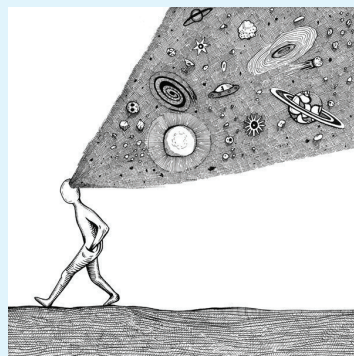


Хронічні цереброваскулярні захворювання — междисциплинарна проблема



По офіційній статистиці МЗ України, в країні зареєстровано більше 3 млн осіб з різними формами цереброваскулярної патології, в структурі якої перше місце по поширеності займають не інсульт і транзиторні ішемічні атаки, а хронічні порушення мозкового кровообігу. В українській неврології для їх обзначення використовується загальний термін «дисциркуляторна енцефалопатія» (ДЭ), хоча питання термінології і класифікації хронічної ішемії мозку залишаються предметом дискусій. Термін ДЭ відсутній в МКБ-10 і не використовується ніде в світі, крім країн колишнього СРСР. Незалежно від застосованих класифікацій і термінів хронічні цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) залишаються повсякденною реальністю в практиці лікарів різних спеціальностей: терапевтів, лікарів сімейної медицини, неврологів, кардіологів, психіатрів і др. Хронічна судинна мозкова недостатність — одна з основних причин розвитку когнітивних порушень і деменції, соціальної дезадаптації і інвалідизації в похилому віці.

К найбільш значимим етіологічним факторам ДЭ відносять похилий вік, артеріальна гіпертензія або гіпотензія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, захворювання серця і порушення ритму (фібриляція передсердь), васкуліти, патологія системи кровообігу. Тому вивчення механізмів формування ДЭ і пошук нових можливостей її корекції — междисциплинарні задачі.

ДЭ проявляється прогресуючими множинними порушеннями функцій головного мозку, які обумовлені хронічною судинною мозковою недостатністю і/або повторними гострими порушеннями мозкового кровообігу, в тому числі клінічно непомітними. Основу клінічної картини ДЭ становлять когнітивні порушення, які проявляються дефіцитом уваги, неспроможністю до концентрації, дезорієнтацією в змінюючійся обстановці, порушеннями планування і організації діяльності, повільністю мислення, зменшенням інтересів, погіршенням пам'яті (в основному на поточні події при збереженні спогадів про події життя). Когнітивний дефіцит проявляється як помірні когнітивні порушення або досягає ступеня деменції.

Наявність когнітивних порушень може бути очевидною при рутинному зборі скарги і анамнезу. Багато хто вважає, що зниження пам'яті і інших когнітивних функцій є нормальним в похилому і старшому віці. Саме тому пацієнти і їх родичі не звертаються до лікаря або, звернувшись, слухають в відповідь: «Це вікове». Слід бути обережним щодо діагнозу, який ставиться самим пацієнтом, так як когнітивні порушення часто супроводжуються зниженням критичності. Родичі також не завжди можуть надати достатньо об'єктивну інформацію, так як мають свої упередження про те, на що слід звертати увагу лікарів. Тому для об'єктивізації когнітивного статусу слід використовувати психометричні методи, такі як Краткий опитувальник психічного статусу (MMSE), Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA), тест рисования часов, батарея лобної дисфункції (В.В. Захаров, 2010).

Наряду з когнітивними порушеннями у пацієнтів з ЦВЗ часто мають місце необ'яснені головні болі, головкружіння, лабільність настрою, зниження мотивації і апатія, порушення поведінки (раздражливості, агресивності) і афективні розлади (тревога, депресія), а також очагові неврологічні дефіцити, порушення рівноваги і ходби, сфинктерні розлади (А.Д. Корзун, 2010). Сукупність поліморфних і неспецифічних проявів хронічної ішемії мозку становить індивідуальну мозаїку захворювання. Скарги, подібні переліченим, пацієнт або його родичі можуть пред'являти на прийомі до лікаря, невролога і інших спеціалістів.

Особого уваги потребують соціально активні пацієнти трудоспособного віку (30-60 років) зі скаргами на головні болі, головкружіння, погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги, труднощі запам'ятовування нової інформації, швидку втомлюваність, біль в області голови і шиї, яка з'являється при емоційному напруженні і фізичних навантаженнях, підвищенні артеріального тиску, шаткості при ходбі. Не утрудняючи пошуку первопричини симптомів, лікар повинен діагностувати ДЭ, хоча в даному випадку відсутні ключові ознаки, які вказують на визначення ДЭ, а саме прогресуючі множинні розлади

функцій головного мозку. За діагнозом ДЭ, який прочно «прилипає» до пацієнта, часто ховаються головні болі напруження, мігрень, міофасціальна дисфункція і інші нозології з різними від ДЭ механізмами розвитку і підходами до лікування. Діагноз ДЭ при пред'явленні подібних скарг виставляють кардіологи, терапевти, сімейні лікарі, а не неврологи, тому важливо, щоб лікарі різних спеціальностей були в курсі діагностики ДЭ.

Наявність багатьох скарг вимагає глибокого обстеження пацієнта. Недопустимо використовувати діагноз ДЭ як універсального пояснення всіх неспецифічних або неуточнених симптомів і скарг (Т.С. Мищенко, 2013). Клінічні прояви ДЭ мають певні причини, пошук яких (з залученням при необхідності спеціалістів різного профілю) необхідний не тільки для обґрунтування діагнозу, але і для вибору тактики лікування.

Критерії діагностики ДЭ (Т.С. Мищенко, 2013)

1. Наявність клінічних ознак ураження головного мозку (неврологічних, когнітивних, емоційно-афективних), підтверджених психодіагностичними методами.
2. Наявність серцево-судинного захворювання (артеріальної гіпертензії, атеросклерозу і др.) за даними анамнезу і інструментальних методів обстеження.
3. Наявність причинно-слідственої зв'язки між критеріями 1 і 2.
4. Наявність структурних змін головного мозку за даними комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії.
5. Клінічні і параклінічні ознаки прогресування цереброваскулярної недостатності.

В лікуванні пацієнтів з хронічними ЦВЗ і ДЭ виділяють наступні напрями:

- лікування основного захворювання, яке послужило причиною ДЭ;
- покращення параметрів мозкового кровообігу;
- корекція метаболічних процесів в головному мозку;
- симптоматична терапія неврологічних і когнітивних розладів;
- первинна і вторинна профілактика гострих порушень мозкового кровообігу.

Виходячи з центральної ролі судинних і метаболічних факторів ризику в розвитку ДЭ і інсульту найбільш важливим слід вважати перші і останні пункти, які включають адекватний контроль артеріального тиску, недопущення епізодів гіпотензії, лікування цукрового діабету, застосування статинів при гіперхолестеринемії, антитромбоцитарну і антикоагулянтну терапію в певних групах ризику (Т.С. Мищенко, 2013). Перелічені напрями лікування потребують спільної роботи неврологів, кардіологів, терапевтів.

В симптоматичному лікуванні судинних когнітивних порушень широке застосування отримали препарати з вазоактивними і ноотропними властивостями, діяльність яких направлена на покращення кровоснабження мозку, ліквідацію енергетичного дефіциту нейронів і їх захисту в умовах хронічної ішемії.

Тот или иной препарат может обладать одним из перечисленных эффектов или сразу несколькими, причем доминировать могут как ноотропные, так и сосудистые механизмы действия. Назначение нескольких препаратов, влияющих на различные звенья патогенеза

когнітивних розладів, часто приводить до нежелательних і передбачуваних взаємодій, особливо у похилому віці, які паралельно отримують лікування інших супутніх захворювань (С.Г. Бурчинський, 2012). Крім того, поліпрагмація підвищує витрати на лікування. В зв'язі з цим найбільш оптимальним представляється застосування препаратів, які комплексно ноотропні і судинорозширюючі, таких як ніцерголін.

Ніцерголін — полусинтетичний препарат алкалоїда спорынни — розроблявся в 1960-х роках як блокатор α_1 -адренорецепторів для застосування в лікуванні цереброваскулярних захворювань як засобу, що покращує мозковий кровообіг. В подальших дослідженнях були виявлені інші фармакологічні механізми дії ніцерголіну при хронічній ішемії мозку. В експериментах ніцерголін посилює обмін катехоламінів в певних областях головного мозку, покращує церебральний метаболізм,

* В Україні зареєстрований препарат ніцерголіну Ніцеріум 30 УНО®, Sandoz, Швейцарія.

стимулюючи захоп і утилізацію глюкози і кисню нейронами, посилюючи експресію фактора росту нервов NGF в фронтальній області мозку, подавляючи агрегацію тромбоцитів.

Історія вивчення ніцерголіну в експериментах і в клінічних дослідженнях докладно викладена в фундаментальній роботі Bengt Winblad і соавт. «Терапевтичне використання ніцерголіну» (Therapeutic Use of Nicergoline. Clin. Drug. Invest. 2008). В цьому огляді наведені результати досліджень і їх метааналізів, в яких ніцерголін застосовували у пацієнтів з когнітивними порушеннями різного походження (хвороба Альцгеймера, судинна, змішана деменція), мозковим інсультом, хворобою Паркінсона, вестибулярними порушеннями центрального генезу і іншими захворюваннями. В дослідженнях у пацієнтів з деменцією альцгеймеровського, судинного або змішаного типу ніцерголін в дозі 30-90 мг/сут при тривалому (від 6 міс до 2 років) прийомі продемонстрував не тільки достовірний ефект покращення когнітивних функцій (пам'яті, уваги), але і клінічно значиме позитивне вплив на психоемоційну сферу хворих, сон, поведінку і соціальне функціонування (P. Boulu, 1990; G. Nappi, 1997; M. Fioravanti, L. Flicker, 2001; Y. Kamizaki, 2004; T. Katsumata, 2006).

Таким чином, доцільність включення ніцерголіну в схему лікування пацієнтів з хронічними ЦВЗ обґрунтована не тільки його багатим впливом на патогенетичні механізми церебральної ішемії, але і солідною доказовою базою.

Підготував Дмитрій Молчанов



Ніцеріум®

Ніцерголін

Коригує когнітивні та емоційні розлади у хворих з цереброваскулярною патологією¹



Ніцерголін блокує α_1 -адренорецептори, виявляє судинорозширювальний ефект, знижує артеріальний тиск, судинний опір. Показання: Для лікування станів, що характеризуються погіршенням когнітивних функцій, станів після інсульту, судинної деменції, дегенеративних станів, пов'язаних із деменцією, позитивно впливає на рівень бадьорості, здатність до концентрації та емоційний стан. Спосіб застосування та дози: звичайна добова доза — 1 капсула на добу (30 мг ніцерголіну), добову дозу можна збільшити до 2 капсул (60 мг ніцерголіну на добу). Рекомендується приймати препарат протягом тривалого часу.

Інформація для професійної діяльності медичних працівників. Відсутність за рецептом.

¹Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Ніцеріум 30 УНО® РП №UA/9338/01/01. Ніцеріум 10 мг РП №UA/0477/02/02. Препарат має позитивні результати. Ви можете подивитися про побічні реакції лікарського засобу представника зв'язки Sandoz д.д. Словенія або надати інформацію за адресою: Словенія, представництво Sandoz д.д. в Україні: 03680, Київ, вул. Амосова, 12, БЦ «Горизонт Парк» (044) 495-28-66 4-10-НИЦ-РЕЦ-0513

SANDOZ
Здорові рішення