

Глобальний тягар деменції

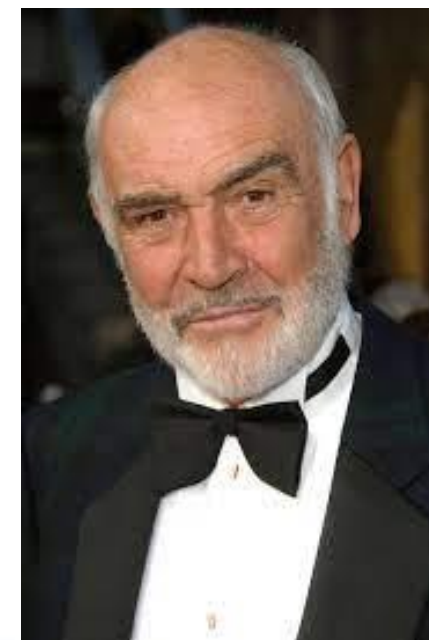
Поширеність деменції буде подвоюватися кожні 20 років.

До 2030 року - 82 млн пацієнтів з деменцією, з них 70% в країнах з низьким і середнім рівнем доходів.

До 2050 року - 152 млн пацієнтів з деменцією.

Деменція є причиною 11,2% років, прожитих з обмеженою функціональною спроможністю, серед осіб у віці 60 років і старше.

Цей показник перевищує такі для інсульту (9,5%), захворювань опорно-рухового апарату (8,9%), серцево-судинних захворювань (5%) і раку (2,4%).





До 2050 року чисельність населення віку старше 65 років збільшиться на 60%

Поширеність психічних розладів становитиме 46% (PSICOTARD2005)

На 1 місці – когнітивні порушення >20%

Приблизно у кожної десятої людини похилого віку розвивається більш важкий когнітивний дефіцит, що призводить до втрати працездатності, а потім і побутової та соціальної залежності. Цей стан визначається як деменція (недоумство)



Деменція – синдром, що характеризується набутим, прогресуючим зниженням інтелекту, що виникає внаслідок органічних уражень головного мозку та призводить до порушення соціальної адаптації пацієнта, пізніше до порушення самообслуговування.

Види нейрокогнітивних порушень

STROKE

TBI

Помірне когнітивне порушення

DEMENTIA

Хвороба Альцгеймера

Судинна деменція

Змішана деменція

Тауопатії (фронтотемпоральна деменція)

Інше (хв. Паркінсона, хв. Гантінгтона, хв. Пріона...)

Нозологічні форми у загальній структурі деменції.

Хвороба Альцгеймера 25 – 50%

Хвороба Альцгеймера плюс цереброваскулярне захворювання 10 - 25%

Судинна деменція 10 - 15%

Деменція з тільцями Леві 5 – 15%

Алкогольна деменція 4 – 10%

Лобно-скроневі дегенерації 2 – 5 %

Нормотензивна гідроцефалія 1 – 3%

Пухлини головного мозку 1 - 2%

Дисметаболическі енцефалопатії <1%

Помірний когнітивний розлад

Помірний когнітивний розлад призводить до когнітивних змін, які є досить серйозними, щоб бути поміченими особами, які зазнають їх, чи іншими людьми, але зміни є не достатньо серйозними, щоб заважати в повсякденному житті чи самотійному функціонуванню.¹

Розповсюдженість когнітивних порушень, що не сягають рівня деменції складає **15 %** у людей похилого віку.²

- суб'єктивні скарги на порушення пам'яті
- відлюдкуватість
- соціальна ізоляція
- розпорядження грошима
- користування транспортом
- медикаментозне лікування

Хвороба Альцгеймера

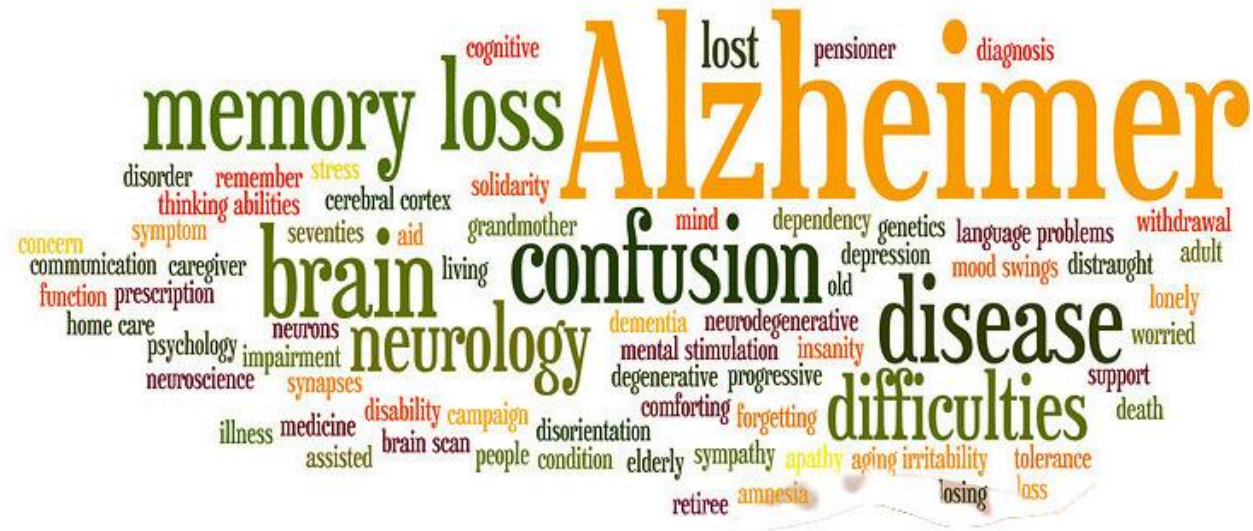
Хвороба Альцгеймера - хронічне нейродегенеративне захворювання, найпоширенішим раннім симптомом якого є труднощі при запам'ятовуванні останніх подій (короткочасна втрата пам'яті).

Симптоми прогресування хвороби:

- проблеми з мовленням
- дезорієнтація
- зміни настрою
- втрата мотивації
- неможливість себе обслужити
- поведінкові розлади

У патогенезі ХА беруть участь 2 важливих механізми:

- β -амілоїдні бляшки (β -Amyloid Protein)
- Нейрофібрилярні клубочки (Tau Protein)



Судинна деменція

СД викликає суперечки, переважно оскільки історично «деменція» завжди передбачала обов'язкову наявність дефекту пам'яті.

Морфологічний субстрат СД: вогнищеві, багатоосередкові або дифузні ураження сірої та білої речовини головного мозку.

Найактуальніша причина – гостре порушення мозкового кровообігу

Види судинної деменції

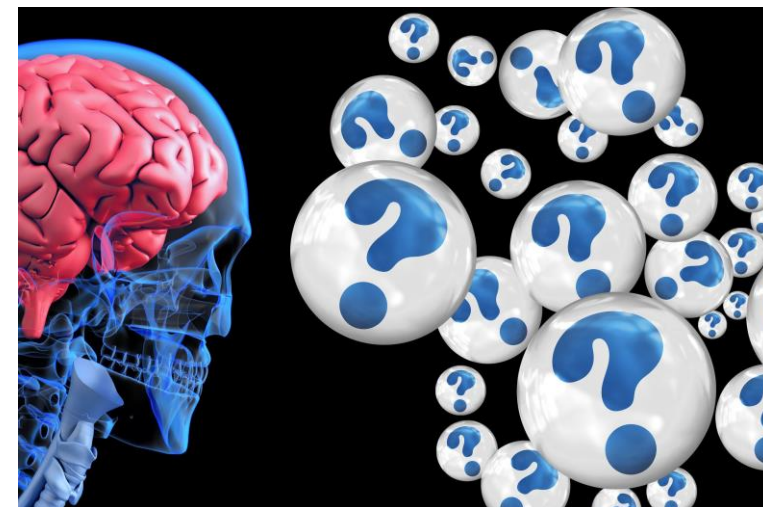
- Мультіінфарктна деменція
- Деменція, обумовлена поодинокими інфарктами.
- Енцефалопатія Бінсвангера (підкіркова атеросклеротична енцефалопатія).
- Церебральна амілоїдна ангіопатія
- Мозкові васкуліти
- Субарахноїдальні крововиливи
- Змішана судинно-атрофічна деменція

Клініка

СД - характерно підгострий початок з розвитком когнітивних порушень протягом перших 3-6 місяців після перенесеного інсульту.

характерні осередкові неврологічні порушення, брадифренія (зниження психічної активності), дефіцит уваги у поєднанні з апатією, агнозією, апраксією та афазією, атактичними, псевдобульбарними, пірамідними та екстрапірамідними порушеннями.

Причини нейрокогнітивних порушень



Фактори ризику

❖ Генетичні чинники

- сімейна схильність (2 або більше членів сім'ї з даним захворюванням)
- АРОЕ (аполіпопротеїн) $\epsilon 4$ allele

❖ Фактори серцево-судинного ризику

- артеріальна гіпертензія в середньому віці
- ожиріння і надмірна вага в середньому віці
- дисліпідемія в середньому віці
- цукровий діабет
- метаболічний синдром



Нейрокогнітивні порушення у молодому та середньому віці

Тривога, Депресія, Стрес Когнітивні порушення спостерігаються у 19% пацієнтів з тривожними розладами та у 21% пацієнтів з депресією.

Хронічний больовий синдром

Цереброваскулярні порушення

Постковідний синдром



Як це впливає на пацієнта

Когнітивні розлади

- Втрата пам'яті
- Забування вивченого матеріалу
- Частіше слід докладати більше зусиль для запам'ятовування

Повсякденна життєдіяльність

- Труднощі при плануванні або вирішенні завдань
- Труднощі при виконанні побутових справ
- Проблеми з рухливістю

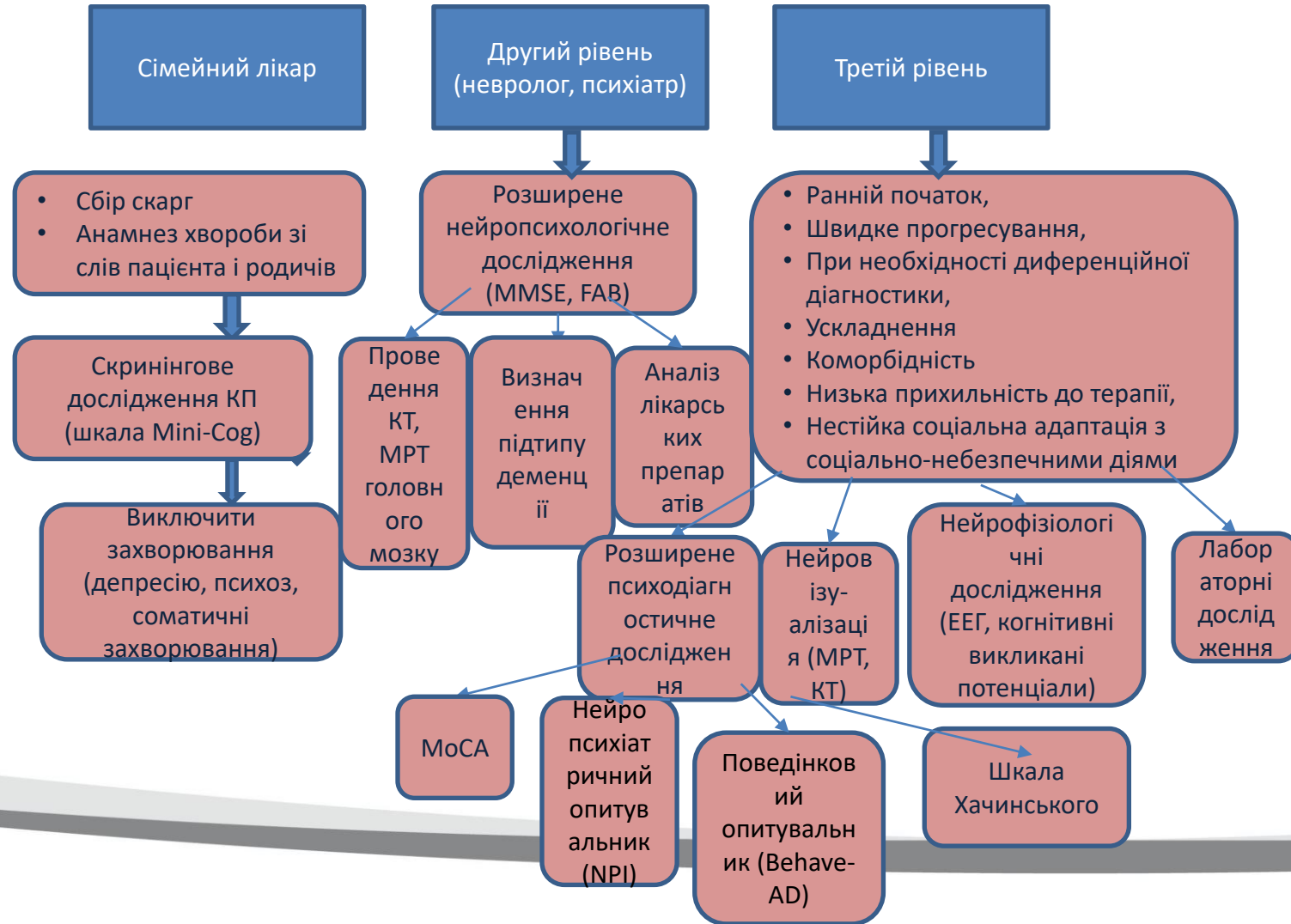
Глобальні функції

- Проблеми зі словами в розмові та/або письмі
- «Випадіння» з роботи або соціального життя
- Порушення мислення або в прийнятті рішень

Поведінкові та психіатричні симптоми

- Зміни настрою та особистості
- Розгубленість
- Депресія
- Тривога

Алгоритм діагностики деменції



МИНИ-КОГ

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результат теста получается путём суммирования результатов по каждому из пунктов.

Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. По данным разных исследователей, результаты теста могут иметь следующее значение.

28-30 баллов - нет нарушений когнитивных функций

24-27 баллов - лёгкие когнитивные нарушения

20-23 балла - деменция лёгкой степени выраженности

11-19 баллов - деменция умеренной степени выраженности

0-10 баллов - тяжёлая деменция

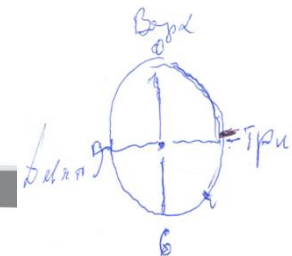
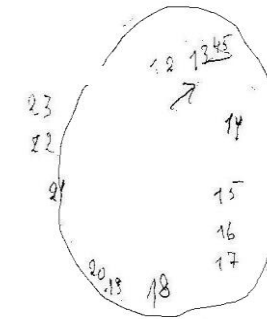
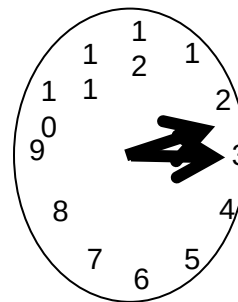
1. Просять повторити та запам'ятати 3 слова
(КЛЮЧ, ЛИМОН, ШАР)
2. Намалювати годинник і
вказати час 11:10 або 14:45
3. Згадати слова

ТЕСТ МАЛЮВАННЯ ГОДИННИКА

MOCA TEST

Монреальская шкала оценки когнитивных функций		ИММА: Образование: _____ Пол: _____ Дата рождения: _____ Дата: _____	
Диагностика когнитивных функций		Семейный врач: _____	
Диагностика когнитивных функций		Имя пациента: _____ Исходный диагноз: _____	
НАЗВАНИЕ		Исходный диагноз: _____ Исходный диагноз: _____	
ПАМЯТЬ		Исходный диагноз: _____ Исходный диагноз: _____	
ВНИМАНИЕ		Исходный диагноз: _____ Исходный диагноз: _____	
РЕЧЬ		Исходный диагноз: _____ Исходный диагноз: _____	
ОСНОВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ		Исходный диагноз: _____ Исходный диагноз: _____	
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ		Исходный диагноз: _____ Исходный диагноз: _____	
ОРИЕНТАЦИЯ		Исходный диагноз: _____ Исходный диагноз: _____	

14 :45



Шкала Хачінського

Популярним інструментом для діагностики судинної деменції та її відмежування від деменцій типу Альцгеймера є ішемічна шкала Хачінського.

Вона складається з 13 пунктів, що представляють собою перелік клінічних ознак захворювання при судинній деменції:

Раптовий початок (2бали)

Ступенеподібна течія (1 бал)

Наявність флуктуацій (2бали)

Нічна сплутаність (1 бал)

Відносна безпека особистості(1 бал)

Депресія(1 бал)

Соматичні скарги(1 бал)

Нестриманість емоційних реакцій(1 бал)

Артеріальна гіпертензія (в анамнезі або в даний час) (1 бал)

Інсульт в анамнезі (2бали)

Інші (соматичні) ознаки атеросклерозу (1 бал)

Суб'єктивна неврологічна симптоматика(2 бали)

Об'єктивна неврологічна симптоматика(2 бали)

Сума 7 балів і вище вказує на діагноз судинної деменції, 4 бали і нижче – на діагноз хвороби Альцгеймера. Проміжна оцінка може трактуватися як ймовірна змішана (судинно-атрофічна) природа деменції.

Ієронім Босх «Вилучення каменю дурості»



Алгоритм лікування



Вперше Д
легкої та
середньої
тяжкості

- Монотерапія ІАХЕ
Донепезил,
Галантамін,
Ривастигмін
- Монотерапія
мемантином
- ІАНЕ+мемантин
- Церебrolізін

Тяжкого
ступеня

- мемантин
- ІАНЕ+мемантин
- Церебrolізін

судинна

- ІАХЕ
- Мемантін
- Нейропротекторні
- Церебrolізін

Церебролізин® рекомендований до використання Уніфікованим клінічним протоколом «Деменція»

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2016 №736

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
19.07.2016 № 736



**Церебролізин® може застосовуватися
при непереносимості або передбачуваній
неефективності лікування у випадках легкої і помірно
тяжкої деменції після спроб лікування пацієнта
інгібіторами АХЕ або у випадках помірного ступеня
тяжкості деменції після лікування мемантином**



УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ), ТРЕТИННОЇ
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ

ДЕМЕНЦІЯ

2016

Всі рівні медичної допомоги

5.1. Первинна медична допомога

Лікарські засоби – (порядок розташування не визначає порядок призначення): вальпроєва кислота, габапентин, галоперидол, гінкго білоба, діазепам, золпідем, карбамазепін, мемантин, оксазепам, **церебrolізін**.

5.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога

Лікарські засоби (порядок розташування не визначає порядок призначення): вальпроєва кислота, габапентин, галантамін, галоперидол, гінкго білоба, діазепам, донепезил, золпідем, карбамазепін, мемантин, оксазепам, ривастигмін, флунітразепам, **церебrolізін**.

5.3. Паліативна медична допомога

Лікарські засоби (порядок розташування не визначає порядок призначення): вальпроєва кислота, габапентин, галантамін, галоперидол, гінкго білоба, діазепам, донепезил, золпідем, карбамазепін, мемантин, оксазепам, ривастигмін, флунітразепам, **церебrolізін**.

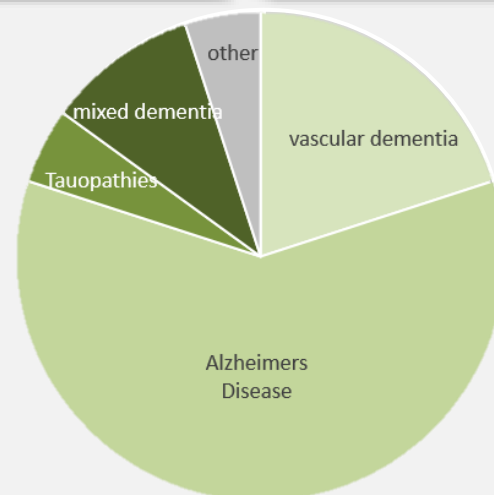
Легкі
когнітивні
порушення

Помірні
когнітивні
порушення

Легка
деменція

Деменція
середньої
тяжкості

Тяжка
деменція



ПРИ ВСІХ ВИПАДКАХ ДЕМЕНЦІЇ

ЦЕРЕБРОЛІЗИН ДІЄ ЕФЕКТИВНО

Когнітивні порушення

Активність повсякденного
життя

Основні життєві функції

Поведінкові та психіатричні
розлади



ЦЕРЕБРОЛІЗИН® ЧИНИТЬ МУЛЬТИМОДАЛЬНУ ДІЮ³

Фокус
на помірних
когнітивних
порушеннях

Церебrolізін®

Багатоцільова активність

Мультимодальна дія, подібна
до дії нейротрофічних факторів

НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ ↗

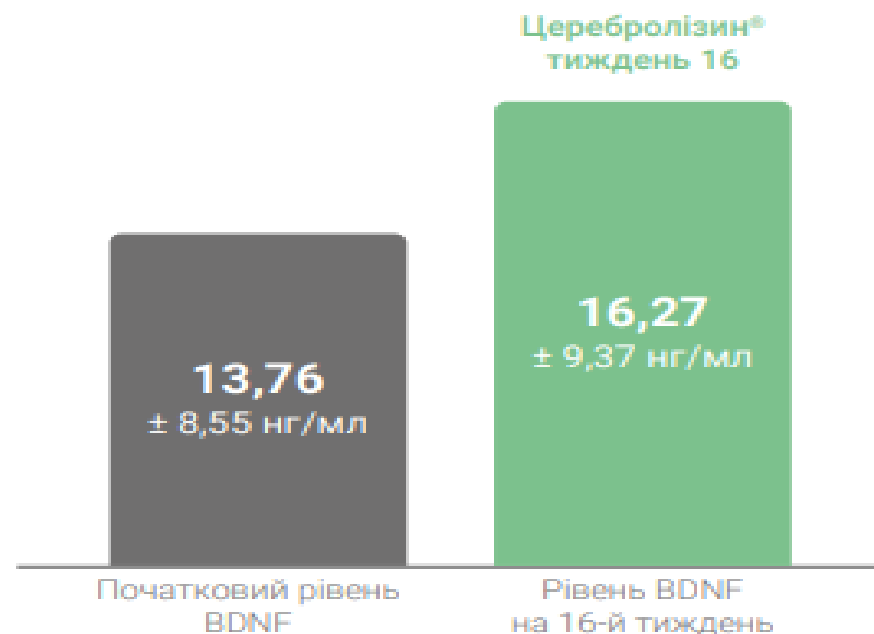
НЕЙРОРЕГЕНЕРАЦІЯ механізмів, порушених
при хворобі Альцгеймера (ХА) ↗

НЕЙРОПРОТЕКЦІЯ при ХА ↗

НЕЙРОВІДНОВЛЕННЯ функцій мозку

**Церебrolізін®
підвищує рівень BDNF⁴**

BDNF – нейропептид,
який сприяє мультимодальній дії



Вплив Церебrolізіну на рівень BDNF у сироватці
крові (описовий) у пацієнтів з ХА в кінці періоду
активного лікування Церебrolізином (16 тижнів)⁴

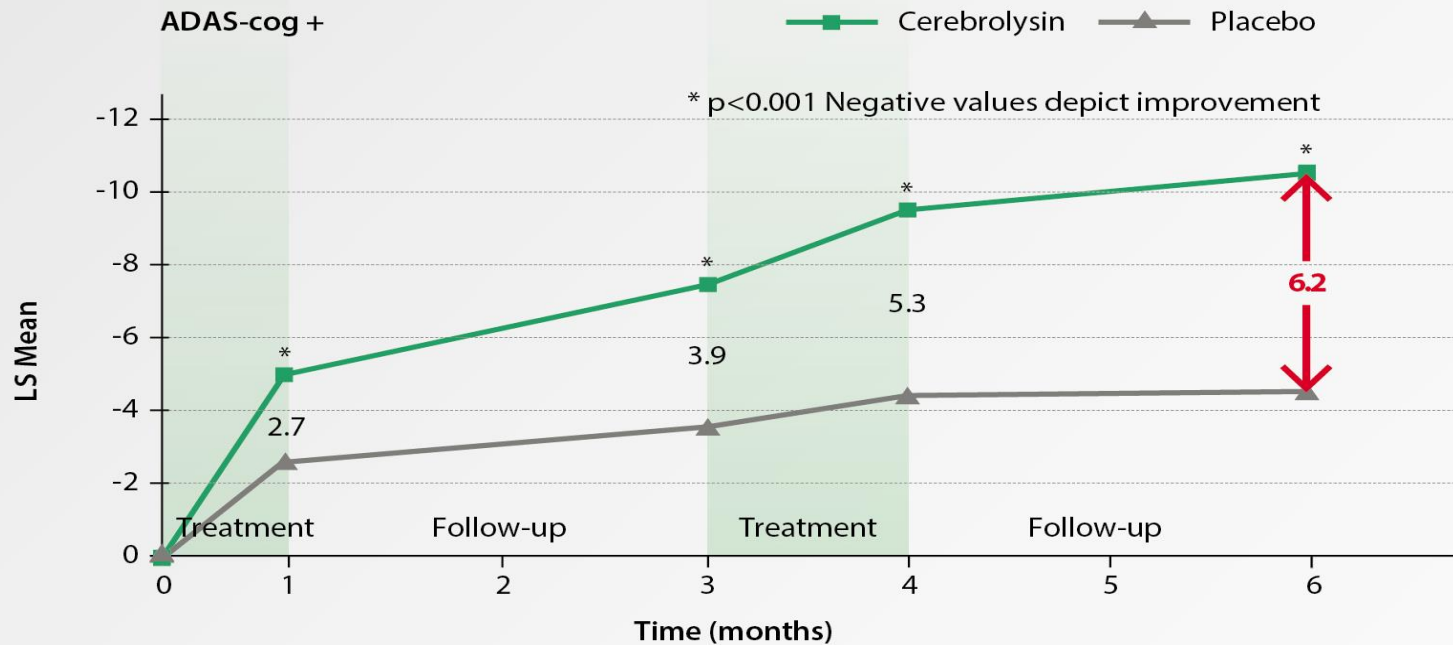
Церебrolізін®

Воз'єднує нейрони.
Надихає на життя.

Дослідження Гехт 2011 (СД)

Дослідник	Guekht et al. 2011 – рандомізоване, подвійно-сліпе, плацебо-контрольоване дослідження
Ціль	Дослідити ефективність Церебrolізину у лікуванні судинної деменції легкої та помірної важкості
Тривалість	6 місяців, 4 місяця лікування, 2 місяця спостереження
Схема лікування	Церебrolізин в/в 20 мл на добу 5 днів в тиждень протягом 4 тижнів, повтор через 2 місяці
Групи пацієнтів	242 пацієнтів, 121 в групі Церебrolізину, 121 в групі плацебо
Оцінка	<u>Шкала ADAS-cog+, CIBIC+</u>

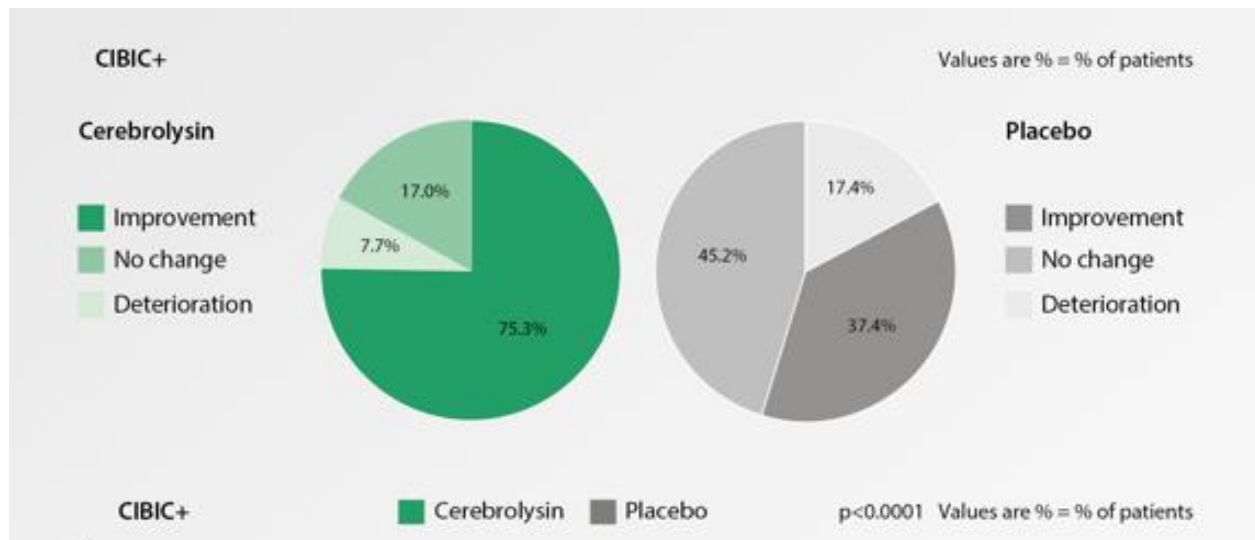
Покращення когнитивних функцій



- Змінення ADAS-cog + від первинної оцінки **-10,6** пункти в групі **Церебролізину** проти -4,4 пункти у групі плацебо, значна перевага на користь Церебролізину - **6.2**

ADAS-cog + зміна від базової лінії у пацієнтів, які отримували лікування Церебролізином або плацебо, VD

Більш високі рівні якості життя пацієнтів та їх опікунів



- У групі **Церебролізину** більшість пацієнтів показали **поліпшення якості життя (75,3%** проти 37,4% у групі плацебо)

Вплив Церебролізину на глобальні функції (CIBIC +) у пацієнтів, які отримували Церебролізін або плацебо, VD

ADAS-COG+ – ШКАЛА З 14 ПУНКТИВ. МАКСИМУМ МОЖНА НАБРАТИ 85 БАЛІВ

Для ADAS-cog+ клінічна відмінність згідно з клінічними
дослідженнями повинна бути 4 або більш балів
В дослідженні професора Гехт відмінність між групою Церебролізину та
плацебо була **6,17 бала**

Що таке відмінність в 6,17 бала?

Коли пацієнт в 3 завданнях демонструє відмінність у 2 бали

Церебролізін в судинній деменції - рівень доказовості 1в!

Cerebrolysin for vascular dementia (Review)

PLAIN LANGUAGE SUMMARY

Chen N, Yang M, Guo J, Zhou M, Zhu C, He L

Cerebrolysin for vascular dementia

Vascular dementia (VaD) is a common disorder which currently lacks definitive treatments. Cerebrolysin, a peptide preparation produced from purified pig brain proteins, seems to be a promising intervention based on animal studies and clinical trials in other conditions. We identified six trials involving 597 participants suitable for inclusion in this review. Pooled results showed improvements in cognitive function and global function in patients with VaD of mild to moderate severity, with no obvious side effects related to Cerebrolysin. However, due to the limited number of included trials, varying treatment durations and short-term follow-up, there is insufficient evidence to recommend Cerebrolysin as a routine treatment for patients with VaD.

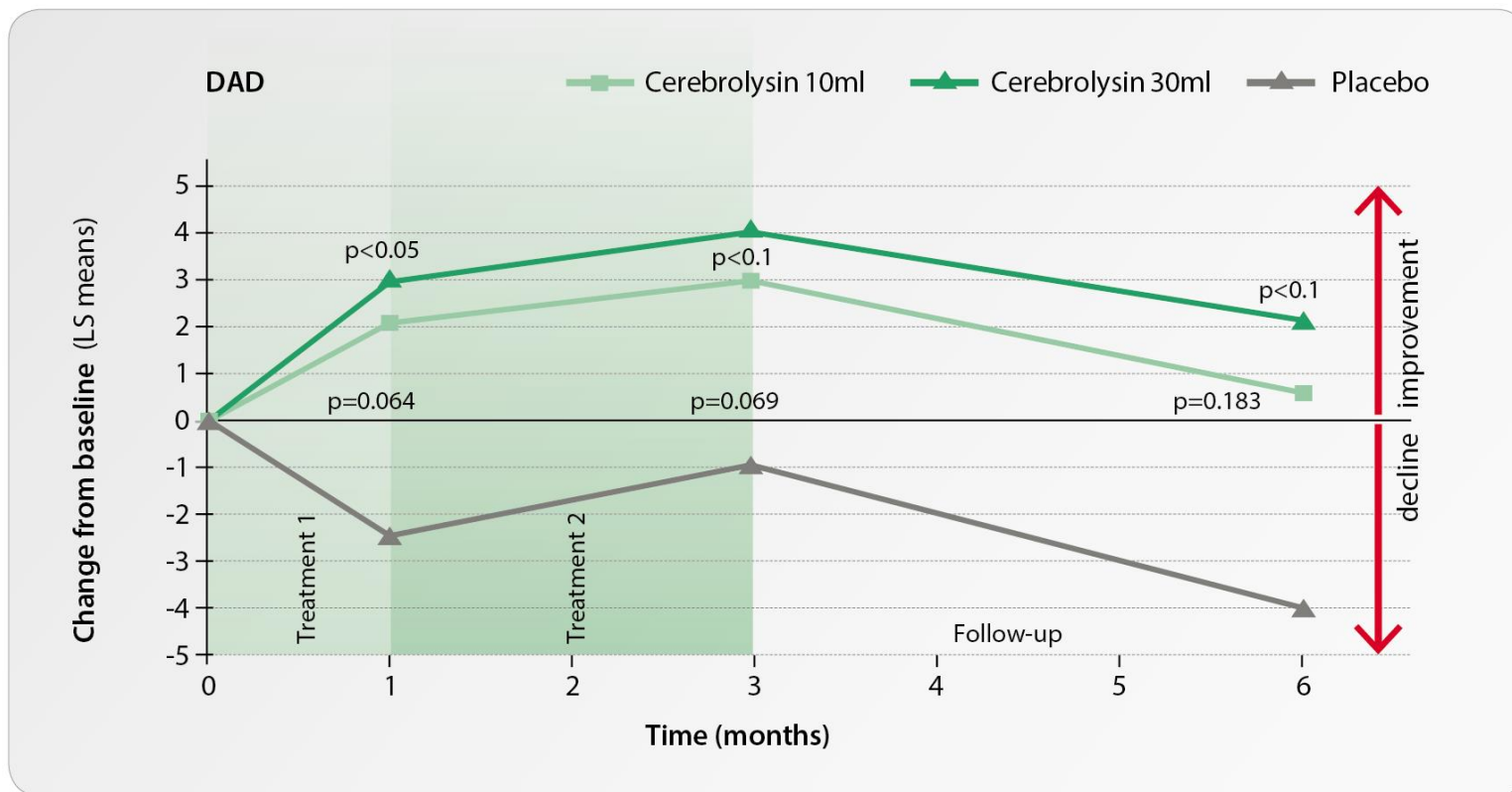
“Церебролізін, белковий препарат, получається з очищених білків головного мозку свині, кається багатообіцяючим, ґрунґуючись на і клінічних дослідженнях і іспитаннях на животи́х . Ми отобрали 6 досліджень, включаючи 597 учасників, для включення в цей огляд. Сводні результати показали поліпшення в когнітивній функції і загального стану у пацієнтів з судинною деменцією легкої і помірної ступені тяжкості без явних побічних ефектів, зв'язаних з Церебрולי́ном.”



This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2013, Issue 1

<http://www.thecochranelibrary.com>

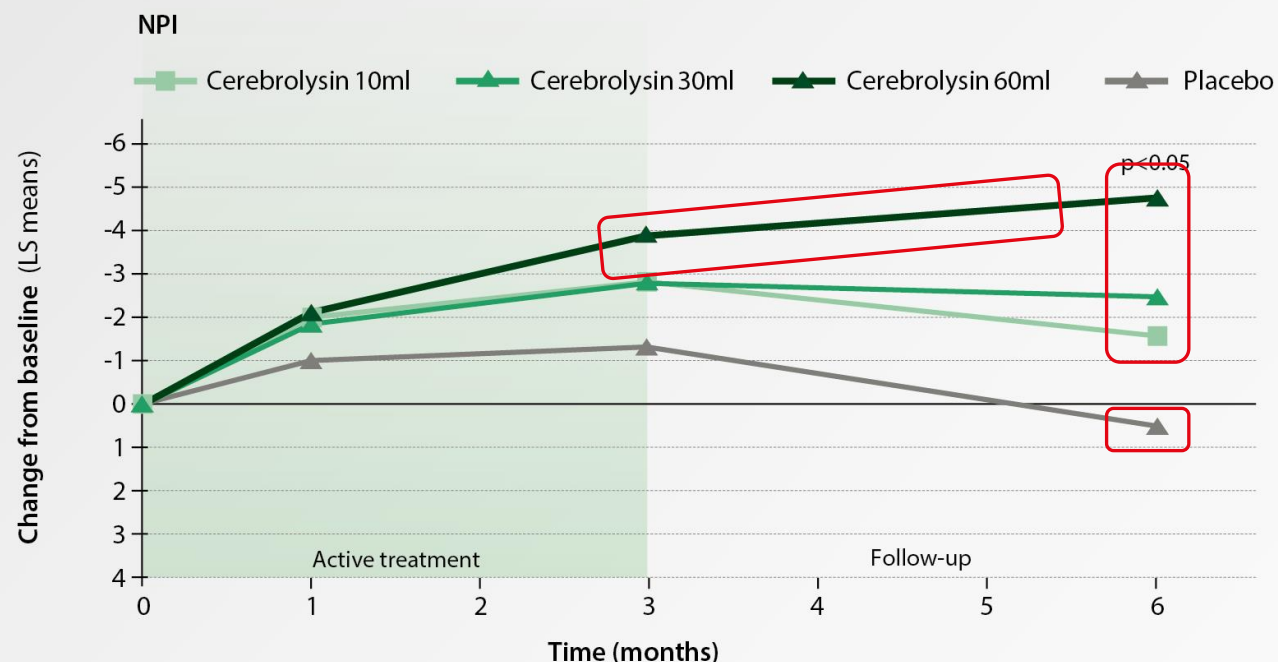
Вплив на Церебролізина якість життя



Поліпшення / зниження DAD у пацієнтів, які отримували різні дози Церебролізину або плацебо, AD

- **Кращі результати** при добовій дозі 30 мл
- **Доза 30 мл** Церебролізину сприятливо впливає на здатність пацієнтів лікувати ADL
- Навіть у період спостереження пацієнти, які лікувались Церебролізином, показали кращі результати, ніж на початку

Значне поліпшення нейропсихіатричних симптомів



- Через **6 місяців** всі групи, що отримували Церебrolізін, значно поліпшили свій стан і продовжували підтримувати **позитивний ефект** - зменшення нейропсихіатричних симптомів
- Дозування 60 мл є найефективнішим щодо зменшення нейропсихіатричних симптомів

Нейропсихіатрична інвентаризація (НПІ) змінюється від вихідного рівня у пацієнтів, які лікуються різними дозами Церебrolісину або плацебо, VD

Що дає лікування Церебrolізином?

Церебrolізин зменшує симптоми депресії відразу протягом періоду лікування і в період спостереження

Церебrolізин покращує когнітивні функції

Церебrolізин покращує працездатність

Церебrolізин Зменшує прояви астеничного синдрому

ВИСНОВКИ

- Незалежно від причини та стадії захворювання
- Незалежно від тяжкості когнітивних порушень чи деменції
- Незалежно від наявних симптомів
- Незалежно від типу деменції (ХА, СД, деменція з тельцями Леві, змішана деменція)

ПРИ ВСІХ ВИПАДКАХ ДЕМЕНЦІЇ

ЦЕРЕБРОЛІЗИН ДІЄ ЕФЕКТИВНО

Марк Катон, римський сенатор, вивчив грецьку в 80 років.

Сократ у віці 70 років навчився грати на багатьох музичних інструментах.

Мікеланджело створив свої найзначніші полотна у віці 80 років.

Ґете у 80 років закінчив свого «Фауста».

Німецький історик **Леопольд Ранке** свою «Світову історію» закінчив у 91 рік.

Ісаак Ньютон у 85 років був зайнятий невтомною діяльністю.

Лев Толстой у 82 роки управлявся на полі з косою.

Диригент Ігор Стравінський творив до 88 років.

Поет **Беранже** працював до 77 років.

Віктор Гюго – до 83

Академік **Іван Павлов** – до 87,

Давньогрецький драматург Софокл – до 90 років

Бернард Шоу творив до 94 років...

Борис Євг. Патон – Президент Національної Академії Наук України 102 роки



**НАСОЛОДЖУЙСЯ
ЖИТТЯМ.**

